NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

FÉVRIER 1848. — 9me SÉRIE. — T. II.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1848.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la méd. belge. p. 83—109.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 110—154.
Mélanges. 155.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 1—2. *Revue* 27, 28, 29, 30, 31, 32, 41.
Thérapeut. 3—5. *Revue* 33, 34, 35, 36, 37.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 6—8. *Revue* 38.
Maladies des enfants. 9—10. *Revue* 39.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Pathologie externe. 11—16. *Revue* 40.
Médecine opératoire. 17—21. *Revue* 42, 43, 44.
Ophthalmologie. 22—23.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

Maladies mentales. 24.

XII. Généralités. 25—26.

Sociétés savantes, pag. 209, 234.

Mélanges. 45, 46, 47, 48.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(FÉVRIER 1848.)

Observation anatomico-pathologique d'une tumeur abdominale simulant une grossesse.

Par le docteur DEJAEGHERE, de Courtrai.

Marie D. . . . , âgée de 26 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution athlétique, était l'aînée d'une famille de douze enfants tous bien portants.

Marie, de bonne heure, s'occupa activement des soins du ménage, aida son père dans les exigences de son état de boucher et se livra à des travaux au-dessus de son âge et de ses forces.

Jusqu'à dix-huit ans, cette jeune fille jouit d'une santé excellente, lorsque tout-à-coup, et sans cause appréciable, elle se plaignit de douleurs vagues dans le ventre et sans pouvoir en fixer le siége.

Bientôt l'abdomen prit de l'accroissement d'arrière en avant.

Le flux menstruel continuait à apparaître régulièrement et quoique les fonctions intestinales eussent été quelque peu altérées, l'état général ne donnait aucune inquiétude sérieuse.

Les purgatifs combattaient ces légers dérangements.

Bientôt la menstruation devint irrégulière et se supprima complétement au bout de quelques mois.

Le ventre prit un nouvel accroissement.

Dès lors, les médecins, qui lui donnaient leurs soins, la soumirent à un examen attentif et la pressaient de questions sur la possibilité d'un état de grossesse; mais la jeune malade affirma ne jamais avoir eu de rapprochement sexuel.

Quoiqu'il en fût, la prudence engagea les hommes de l'art à attendre et à suspendre tout traitement.

Le terme de la gestation s'écoula; Marie n'accoucha point, le ventre augmentait de volume de jour en jour, et parfois, à de longs intervalles, des douleurs vives et lancinantes se faisaient ressentir.

Nonobstant cet état, la malade continuait à vaquer à sa besogne pendant un temps assez long. Mais trois mois avant sa mort, l'abdomen acquit un volume tel, qu'elle fut forcée de garder le lit.

On essaya de toutes sortes de traitements, mais aucun n'améliora l'état de la malade.

Enfin, nous reconnûmes dans l'abdomen un dépôt considérable de liquide que nous extrayâmes par ponction avec le trocart.

Par cette opération nous obtînmes un seau de liquide épais, couleur marc de café, et une quantité semblable de sang d'une odeur fétide et nauséeuse.

Dès cette époque, l'état de la malade prit un caractère sérieux.

Les fonctions digestives subirent de graves altérations.

Le pouls était petit et fréquent. Les lipothymies se succédaient. La face se grippa ; et enfin, le 7 septembre dernier, la malade succomba au milieu des symptômes de la fièvre de résorption.

Autopsie. — La face était hypocratique.

Le tronc avait perdu sa forme normale.

La colonne vertébrale présentait plusieurs déformations en arrière.

Les membres supérieurs grêles ; les membres, inférieurs infiltrés, étaient ecchymosés et partiellement phlegmoneux.

La circonférence ombilicale offrait deux mètres quatre centimètres.

Le ventre, considérablement développé, était dur, rénittent et bosselé.

La ponction fut pratiquée et il s'en écoula un liquide d'une consistance et d'une couleur analogues à celui que nous avions extrait pendant la vie.

A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvâmes une tumeur énorme, ayant contracté des adhérences intimes avec les parois abdominales et tous les viscères environnants.

L'estomac, le foie et les intestins, étaient refoulés ainsi que le diaphragme.

Le pédoncule de la tumeur adhérait à droite des vertèbres dorsales, immédiatement au-dessous du diaphragme et derrière le pancréas, qui avait diminué de volume.

La tumeur, de forme sphérique, irrégulière, bosselée, pesait dix kilogrammes et demi, et était formée d'une assemblage de nombreux petits kystes, contenant les uns du pus, du sang corrompu, les autres de la sérosité et des hydatides. Le tissu propre des kystes variait aussi à l'infini ; les uns étaient de consistance cartilagineuse ou osseuse; les autres de nature cancéreuse.

L'aspect extérieur du kyste qui nous a semblé dépendre d'une duplication du péritoine ou de toute autre séreuse, ne pourrait-il pas expliquer la nature de cette affection, et ne pourrions-nous pas conclure de cette observation que l'un des ligaments larges, qui réunissent le corps des vertèbres, se soit rompu ou distendu, qu'il en serait né une sécrétion morbide qui aurait été l'origine de la tumeur, qui insensiblement aurait gagné le volume considérable, que nous avons signalé.

D'après la nature des travaux de la jeune fille, d'après la marche de la maladie et les résultats fournis par la nécropsie, nous sommes portés à croire à ces conclusions.

Clinique externe de l'hôpital St-Jean. — Service de M. André Uytterhoeven.

Observation recueillie par le Dr Van Hoeter.

Le 20 février 1848, on présenta à l'hôpital St.-Jean le nommé Charles Vanderperre, âgé de 18 mois.

Depuis quatre semaines cet enfant est revenu de nourrice, chez ses parents; ceux-ci ont vu avec surprise que les moindres mouvements de la tête excitent des cris insupportables. La tête est fortement développée surtout vers sa moitié postérieure, le cou paraît raccourci, déjeté en avant, les épaules sont élevées, le tronc et toutes les autres parties du corps sont fortement amaigris. Dans la position verticale le sommet de la tête se porte en arrière, la face regarde vers le haut, la colonne cervicale paraît pliée dans son centre et l'incurvation continue jusqu'à la 4e vertèbre dorsale, de manière à former un coin dont les extrémités sont à l'occiput et à la 4e vertèbre dorsale, et le sommet à la partie articulaire des 4e et 5e vertèbres cervicales.

La constitution de cet enfant est scrofuleuse. Au dessous de la rotule droite, il existe une tumeur fluctuante, de la grosseur d'un œuf de poule, qui paraît être un abcès froid.

Après un examen approfondi, on suppose qu'il y a ostéite des vertèbres cervicales, et que la seule manière de procurer quelque repos à l'enfant est de donner une fixité à la tête à l'aide d'un appareil. La Gutta-Percha devait se prêter à cette indication : Une plaque de Gutta embrassant le haut de la poitrine sous les aisselles forme la base de l'appareil, de cette base part une forte lame qui remonte le long de la partie postérieure du cou et mesure à peu près sa longueur; cette lame va embrasser la partie postérieure de la tête et se réunit sur le front par deux lanières. Le tout fut garni d'ouate pour empêcher les excoriations. Aussitôt que l'appareil fut appliqué, l'enfant se tranquillisa et ne proféra plus aucun cri.

M. *André Uytterhoeven* a fait usage du *chloroforme* dans deux cas différents, et chaque fois avec un succès des plus remarquables. Dans le premier, il s'agissait d'une ophthalmie scrofuleuse avec une photophobie excessive qui, depuis deux mois, résistait à tous les moyens mis ordinairement en usage en pareille circonstance. Immédiatement après l'usage d'un collyre composé de trois gouttes de chloroforme et d'un drachme d'eau distillée, la photophobie a disparu comme par enchantement. Le second essai a eu lieu chez un homme affecté de cancer mélanique, avec insomnie et douleurs insupportables. Une potion de dix gouttes de chloroforme dans six onces de mucilage, administrée par cuillerée de deux en deux heures, a fait diminuer les douleurs au point qu'il y a lieu d'espérer que le malade jouira encore de quelques moments de repos.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE MODE DE DÉVELOPPEMENT, SUR L'ACTION ET SUR LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ERGOT DES GRAMINÉES; EN RÉPONSE AUX QUESTIONS DU PROGRAMME DE M. LE PROFESSEUR JEAN-BAPTISTE MAZZONI.

Essai couronné, au jugement d'une commission spéciale, par le cinquième Congrès scientifique italien, tenu à Lucques; par LOUIS PAROLA, médecin de Cuneo.

(Traduit de l'italien, par Ant. Raikem, D. M. P., professeur à l'Université de Liége, membre titulaire de l'Académie royale de Belgique, correspondant de celle de Paris, etc.)

(Suite : *voir* le nº de janvier 1848, p. 1.)

Expérience trente-sixième. — En 1842, nous apprîmes qu'une vache bien constituée était sujette depuis trois ans à mettre bas, après un travail long et douloureux, vers le dixième mois, et, de plus, que depuis deux ans le veau naissait mort. Le 12 octobre 1842, nous étant assuré que le neuvième mois de sa quatrième gestation devait être achevé, nous lui fîmes avaler un bol de 5 gros de seigle ergoté pulvérisé. A peine s'était-il écoulé une demi-heure que cette bête s'agitait et beuglait, jusqu'à ce que, une autre demi-heure après, vint au jour une jeune génisse vivante et bien portante.

Expérience trente-septième. — En 1843, une personne de ma connaissance avait une chatte, à laquelle la servante était accoutumée de faire prendre deux cuillerées d'huile d'olive pour la soulager de certaines douleurs qui lui survenaient quand elle faisait ses petits. Dans le mois de mars de cette année, cette bête était de nouveau pleine, et aussitôt que nous nous aperçûmes que ses douleurs ordinaires ne pouvaient pas tarder à survenir, nous lui fîmes donner 20 grains de seigle ergoté pulvérisé et mêlé avec de la viande. Au bout d'une demi-heure, la parturition avait déjà eu lieu, sans qu'on eût entendu le miaulement qui lui était habituel dans cette circonstance.

Obs. XLII. — (De Waterhouse.) — Une femme d'un tempérament nerveux et d'une complexion délicate, âgée de 19 ans, ayant été saisie des symptômes qui précèdent ordinairement la parturition, souffrait en outre de douleurs violentes au ventre et à l'abdomen, et de céphalalgie violente et continuelle, avec un pouls tendu, mais de fréquence normale. — Soulagée, pour un instant, par une saignée de quinze onces, par des fomentations sur le ventre et par un peu d'opium, elle put dormir le soir. Après une nuit fort tranquille, il se présenta quelques symptômes d'aberration mentale. La malade accusait des douleurs déchirantes du ventre et des élancements cruels à la tête. Ces symptômes s'accrurent, au point qu'ils offraient les caractères de la plus horrible convulsion puerpérale. La patiente balbutiait quelques propos incohérents ; roulait les yeux ; les lèvres laissaient écouler du sang provenant de la

langue souvent mordue ; les extrémités étaient froides et glaciales ; il se manifestait de violents spasmes et des convulsions toniques dans les muscles postérieurs du cou, dans ceux de l'abdomen et de la mâchoire inférieure. Par l'exploration on reconnut que l'orifice utérin était suffisamment dilaté. Les moyens ordinaires furent sans succès contre ces symptômes. Cependant les forces vitales allaient en s'affaiblissant; le pouls devenait petit et fréquent, et la respiration pénible ; l'aspect et l'attitude ne faisaient présager rien de bon. Dans un tel état, je pensai à lui administrer le seigle ergoté, comme le seul moyen de la sauver. En ayant fait délayer 30 grains dans un peu d'eau chaude, je les lui donnai par petites gorgées, en écartant les mâchoires. Les effets du remède furent instantanés et vraiment extraordinaires. Les douleurs et les spasmes disparurent; les idées revinrent saines et cohérentes ; la malade sembla se réveiller d'un profond sommeil ; elle se plaignait seulement d'une grande faiblesse. On lui fit prendre du thé et une nourriture légère. Elle tomba dans un sommeil tranquille. Dans le courant de la soirée suivante, il se déclara des douleurs régulières et non interrompues, et bientôt elle accoucha heureusement. — Pour moi, cette histoire est la fidèle image de beaucoup de cas survenus dans ma pratique, dans lesquels, la parturition étant venue à se suspendre, ou par hémorrhagie ou par convulsions, ou bien le placenta ayant été longtemps retenu dans la matrice, le seigle ergoté calmait d'abord les nerfs, ou supprimait le flux en excitant ensuite les douleurs, douleurs qui lui sont propres et qui en sont inséparables, et dont le caractère *sui generis* est très-bien exprimé et distingué par les femmes en travail.

Obs. XLIII. — (De madame Lachapelle.) — Une femme, parvenue au terme du neuvième mois de sa première grossesse, commença à ressentir les douleurs de l'enfantement le 4 décembre à onze heures du soir. Le bassin était bien conformé et l'enfant présentait le vertex au-dessus du détroit abdominal. Le 5, à dix heures et demie du matin, la dilatation de l'orifice utérin était fort grande; les membranes se rompirent; la tête descendit dans le creux du bassin; à midi elle avait dépassé l'orifice de la matrice. A deux heures et demie, cessation des douleurs; la tête ne fait plus un pas en avant. Une décoction de 30 grains de seigle ergoté dans 4 onces d'eau lui fut donnée à l'instant. Peu de temps après, les douleurs se réveillèrent, et l'enfant vint au jour quelques minutes avant trois heures.

Dans ce cas, madame Lachapelle met en doute si l'accouchement a été effectué par la nature seule ou par l'action du seigle ergoté.

Quiconque sait que cette célèbre accoucheuse fut toujours incrédule à l'égard de ce médicament, et qu'elle employait presque continuellement son infusion ou sa décoction à petite dose, trouvera facilement l'explication de son opinion. Et véritablement, avant que l'analyse chimique et les nombreuses expériences comparatives eussent fait connaître le peu d'action surtout de l'infusion, un grand nombre d'accoucheurs, entre autres Levrat-Perrotton, l'avaient déjà signalé.

Obs. XLIV.— (De Serrurier.) — Une femme mariée depuis un an, âgée de 36 ans, devint enceinte peu de temps après son mariage. Parvenue à la fin du neuvième mois de sa grossesse, elle remarqua que, depuis onze ou douze jours avant son accouchement, le fœtus ne se remuait plus, et que, chaque fois qu'elle se couchait sur le côté gauche, elle sentait un poids qui, semblable à une masse inerte, tombait, du côté droit, sur le côté opposé.

A compter du onzième ou douzième jour après le terme de sa gestation, il se manifesta quelques douleurs. Je fus appelé le matin à neuf heures. Cette femme, d'un naturel colérique, paraissait s'inquiéter de ce que les douleurs ne se présentaient plus si vives ; et alors que celles-ci ne survenaient point, elle s'efforçait à pousser, malgré ma défense, pour pouvoir, disait-elle, bientôt accoucher. En pratiquant le toucher, je m'étais assuré que le temps de la parturition n'était pas encore proche ; l'orifice, maintenu encore en arrière, présentait une dilatation égale à la largeur d'un franc.

La malade resta tranquille jusqu'à trois heures après midi. Dès lors reparurent des douleurs vraies et efficaces, accompagnées d'évacuations muqueuses et sanguinolentes. L'orifice, devenu plus antérieur, présentait une dilatation aussi grande que la largeur d'une pièce de 5 francs, et de bonnes douleurs faisaient espérer qu'à la fin de la soirée cette femme serait accouchée.

Je la quittai, et ne la revis plus que vers six heures. La dilatation n'avait pas progressé ; les contractions de l'utérus avaient été remplacées par les douleurs primitives, qui avaient tant exalté la mobilité et l'irritabilité de la malade. — L'utérus était tombé dans une telle inertie que, malgré les efforts continuels que faisait la femme et les douleurs qu'elle disait ressentir, il n'était plus survenu aucune contraction de l'utérus ; et c'est ce qu'assura M. Villeneuve, qui avait été appelé pendant mon absence momentanée. Quelques instants après, nous nous trouvâmes ensemble et convînmes d'essayer le seigle ergoté. Il était onze heures ; le travail se trouvait tout à fait suspendu ; cette femme était en outre plongée dans la prostration et entièrement découragée.

On lui fit prendre en deux doses, dans le courant d'une demi-

heure, 20 grains de la poudre ergotée mêlés à trois cuillerées d'eau sucrée. A peine la seconde dose fut-elle ingérée, que les contractions utérines se manifestèrent et se répétèrent avec tant de rapidité, que nous n'eûmes que le temps de placer la femme sur le bord de son lit. Elle accoucha aussitôt d'un fœtus mort, dont la putréfaction était déjà si avancée qu'il faillit nous suffoquer en naissant. Le placenta suivit bientôt; point d'hémorrhagie. — La fétidité des lochies nous causa de l'inquiétude durant les premiers quatre jours consécutifs à l'accouchement. Mais des injections avec une décoction de quinquina, et un régime approprié dissipèrent tous les accidents que pouvait nous faire craindre un accouchement si pénible.

La femme s'est rétablie parfaitement : un mois suffit pour sa convalescence.

Obs. XLV. — (De Merriman.) — La femme dont il est question, après sa septième grossesse, accouche d'un fœtus mort. Les douleurs ont disparu ; l'utérus ne se contracte pas, malgré les frictions ordinaires et les lavements, pour expulser un second fœtus. Elle dort tranquillement, et, aussitôt éveillée, s'étant assise sur son lit, elle déjeune.

Quinze heures après la sortie du premier jumeau, on lui donne une infusion de 1 gros de seigle ergoté dans une tasse d'eau chaude. Au bout de cinq à dix minutes, les douleurs reprennent, et une petite fille bien constituée vint naturellement au jour.

Une heure après, le double placenta se présenta; — et le travail se termina ainsi. — Depuis, la mère ainsi que l'enfant jouirent toujours d'une bonne santé.

Obs. XLVI. — (De Levrat-Perrotton.) — Madame V... se trouve enceinte pour la quatrième fois. Les trois accouchements antécédents ont été laborieux et suivis d'hémorrhagies utérines. Le troisième a été double et les enfants très-volumineux. Dans cette grossesse, il y avait obliquité antérieure de l'utérus, au point que le ventre descendait fort bas au-devant du pubis. Trois ans après, Madame V... devient de nouveau enceinte, et cette dernière grossesse est plus heureuse que les précédentes. — Néanmoins, l'obliquité de l'utérus se reproduit au-devant du pubis, et le ventre, semblable à un sac, descend inférieurement jusqu'au milieu de la cuisse. Le 28 février 1829, à quatre heures du matin, se font sentir les premières douleurs de la parturition : à dix heures, j'arrive près d'elle, et au moyen de l'exploration, je reconnais que la tête est encore au niveau du détroit supérieur; le col de l'utérus est ramolli, et rien ne m'annonce qu'il ait déjà subi de fortes compressions. Je quittai alors cette dame, en lui disant que rien de

particulier ne devait arriver avant la nuit, et je la priai de me faire appeler dans le cas où, contre mon attente, les contractions fussent devenues plus actives durant le jour. A cinq heures du soir, on vint me chercher : alors les douleurs étaient devenues plus fortes, plus longues, et reprenaient à certains intervalles. Je reconnus, au toucher, que la tête se trouvait un peu engagée dans le détroit supérieur et que le col utérin présentait une dilatation grande comme un écu de six francs. A midi, les eaux s'étaient écoulées spontanément et en grande quantité; chaque douleur exerce une légère pression sur le col utérin. Le ventre descend fort en bas entre les cuisses.

Le 1er mars, à quatre heures du matin, aucun changement, sauf une plus grande faiblesse de la patiente qui demandait avec instance à être délivrée.

On appelle un collègue à mon aide. Après que nous eûmes ensemble exploré les parties, nous nous décidâmes pour l'application du forceps au détroit supérieur, sans cependant trop nous flatter d'un succès assuré. Mais après avoir manœuvré quelques moments sans avantage, n'ayant pu réussir dans notre dessein, nous retirâmes l'instrument sans être parvenus à faire descendre, pas même de quelques lignes, la tête de l'enfant.

On fait intervenir un troisième collègue, et dans cette consultation, nous décidons que le seul moyen rationnel, auquel on puisse recourir, c'est d'opérer la version. Je me mets à l'œuvre, et repoussant la tête vers la fosse iliaque droite, je fais en sorte de pouvoir atteindre les pieds, que nous supposions situés sur le pubis. Nous nous étions tous trompés : ils se trouvaient au contraire dans la besace formée par l'abdomen, au-devant de l'arc du pubis. Mes tentatives échouèrent ; mais mes collègues ne furent pas plus heureux que moi.

Cette intéressante dame est confiée à mes soins et aux ressources de la nature. Mais que pouvait opérer celle-ci chez une femme épuisée par deux jours de douleurs ? Finalement, voulant suivre le précepte : *Melius est anceps eligere remedium, quam nullum*, j'envoyai chercher 1 gros de seigle ergoté divisé en 3 prises. A neuf heures, on donne la première prise, et au bout de dix minutes les contractions se réveillent ; à neuf heures et demie, je lui en fais prendre une seconde ; et à dix heures les douleurs deviennent continues, et elle met au jour un enfant énorme qui ne vit que quelques heures.

Bien que l'auteur ne nous dise pas, dans cette histoire, si les douleurs avaient ou non tout à fait cessé, il est toutefois très-évident qu'il n'y avait d'autre moyen de salut à employer, dans un

cas si compliqué et si redoutable, que notre seigle ergoté. Du reste, quant aux douleurs, il est plus que probable qu'elles étaient ou éteintes ou presque nulles, puisque l'auteur s'exprime ainsi en parlant de l'effet du remède, après la première prise : *dix minutes après, les contractions se réveillent.*

Ce fait est très-précieux, et notre auteur, dans son mémoire sur le seigle ergoté, en rapporte plusieurs semblables.

Obs. XLVII. — (Du docteur Parola.) — Une certaine Peano (Marie), âgée d'environ 38 ans, d'un tempérament bilieux et d'une complexion délicate, était affectée depuis plus d'un an d'une phthisie pulmonaire, caractérisée par tous les symptômes qui lui sont propres, et était enceinte d'environ sept mois, le 31 juillet 1830, quand elle commença à éprouver quelques douleurs annonçant la parturition. La sage-femme, qui était aussitôt venue l'explorer, ayant trouvé toutes les parties bien disposées, le travail fut confié à la nature. Au bout de la journée et d'une bonne partie de la nuit, plusieurs fortes contractions de l'utérus avaient si bien opéré, que la tête était parvenue au *couronnement.* Néanmoins, le 1er août, à dix heures du matin, je suis avisé que depuis minuit les douleurs s'étaient suspendues, et que l'accouchement, qui devait être imminent, n'avait pas fait un seul pas. Les membranes étaient rompues depuis une heure, et les mouvements du fœtus étaient lents et faibles. Au moyen du toucher, je reconnus que la tête était en première position et déjà engagée dans le canal pelvien, et attendu l'exténuation extrême de la femme, qui donnait peu d'espérance de prolonger la vie, je lui ordonnai un bouillon substantiel et de l'eau de cannelle.

A midi, je trouvai que les douleurs ne s'étaient plus reproduites et que l'état des choses était le même quant au fœtus, qui pourtant avait cessé d'exécuter des mouvements. La fièvre ectique, dont était affectée la malade, avait acquis plus de violence, ainsi que l'oppression de poitrine, et déjà commençait à se faire sentir le râle des agonisants. (Demi-gros de seigle ergoté, en trois prises, à prendre dans le courant d'une heure.) Après la seconde prise, les douleurs revinrent, et vingt minutes après la troisième prise, le travail fut terminé, et le placenta ne tarda pas à se présenter. La mère et l'enfant ne survécurent que peu de jours : la première succomba à la phthisie, et le second, parce qu'il manquait des conditions de vitalité.

Obs. XLVIII. — (Du même.) — Une dame, d'un tempérament lymphatico-nerveux et de complexion délicate, ressentait, le 13 août 1833, au matin, les premiers prodromes de son sixième accouchement. Les précédents avaient été lents et laborieux à cause du

volume extraordinaire de la tête des enfants, et elle avait déjà avorté deux fois, à quatre mois de grossesse, dans les années antécédentes. Maintenant, les douleurs étaient lentes, et de plus cette dame était atteinte de bronchite avec fièvre. Le pouls était extraordinairement dur et plein. Deux émissions sanguines calmèrent la fièvre et la toux : le pouls s'était affaibli et les douleurs étaient devenues plus violentes, plus efficaces, ayant persisté presque sans interruption, pendant toute la nuit. Le 14, au matin, le toucher m'apprit que l'orifice utérin était encore fermé et que ses bords conservaient leur épaisseur, leur densité et leur dureté. Le fœtus présentait une tête volumineuse, en première position, au détroit supérieur.

Pendant tout ce jour, les douleurs se faisaient sentir de temps en temps, mais avec peu d'avantage; car, dans la soirée, l'orifice utérin continuait à rester clos et situé en haut. — Mais comme les douleurs ne cessaient pas et que le fœtus se remuait souvent, on avait une entière confiance dans le temps et l'on espérait dans la nature. Mais, vers minuit, la patiente sentit des bouffées de chaleur qui lui montaient à la tête; elle éprouva des tintements d'oreilles, des frémissements universels; elle présentait la face tantôt pâle et tantôt enflammée; roulait les yeux dans leurs orbites. En même temps que ces symptômes croissent, les douleurs du ventre se suspendent, et l'orifice utérin à peine se manifeste un peu plus aplani et plus mou, mais toujours fermé et élevé.

La malade paraissait assoupie pendant quelques instants; puis elle s'agitait extrêmement, en demandant qu'on la laissât tranquille et qu'on lui ordonnât un calmant propre à diminuer ses troubles nerveux, et à lui procurer un sommeil réparateur. Au lieu de cela, je prescris 40 gr. de seigle ergoté dans deux onces d'eau de *nymphœa alba*. Cette dame prit avec beaucoup de plaisir le médicament, dans l'espoir d'en obtenir sommeil et calme. Mais à peine la moitié en est-elle ingérée, que surgissent de violentes douleurs qu'elle disait être de nouvelle espèce. La dose de seigle ergoté n'avait pas encore été entièrement consommée, que, les symptômes nerveux s'étant apaisés, se remontraient des douleurs incessantes et efficaces; l'orifice utérin s'ouvrit, les membranes se rompirent, et vers quatre heures, elle accouchait d'un enfant d'un volume extraordinaire, sain et robuste.

A ces exemples si patents, si probants, et en grande partie empruntés à des auteurs illustres et consciencieux, nous pouvons encore en ajouter trois des plus chanceux, dans lesquels le seigle ergoté parvint, par sa vertu admirable, à favoriser l'accouchement dans trois circonstances très-dangereuses. Je veux parler des observations du docteur Espezel, relatives à la présentation d'une

épaule au détroit supérieur, à la sortie de l'une ou des deux mains, ou des pieds, conjointement avec quelque partie volumineuse du fœtus, et avec sortie ou non du cordon ombilical. C'est dans ces circonstances accompagnées de violentes contractions de l'utérus, qui ne permettent pas de retourner l'enfant ; c'est dans de semblables cas que l'accoucheur précité recourait à l'ergot, en citant deux exemples du plus heureux succès. D'après ces résultats, le docteur Raynaud de Cabris l'employa dans un cas de sortie du bras de la vulve avec hémorrhagie très-abondante et douleurs devenues languissantes. Le seigle ergoté calma aussitôt la dangereuse hémorrhagie, puis ranima les contractions de l'utérus, en sorte qu'il en survint une version spontanée de l'enfant et de la présentation des fesses. Finalement, la raison suprême des faits, la sœur de l'expérience, la statistique, cette guide du praticien qui a un foi consciencieuse dans les progrès de la science ; cette réalisation (que l'on nous pardonne le mot) de la valeur comparative des théories et des systèmes, est venue confirmer, autant que possible, nos expériences. Tandis que, d'un côté, les docteurs Pereira et Lasserre (*Archives générales de médecine*, — janvier et février 1843) rapportent les nombreux inconvénients de l'abus des manœuvres obstétricales, et spécialement du forceps, en comparaison du petit nombre de ceux provenant du seigle ergoté. Le docteur Golquin, entre autres, donne la statistique de 1,885 accouchements, de laquelle il résulte que, par suite de manœuvres obstétricales, il mourut *une* femme, sur 85, et qu'après l'usage du seigle ergoté, il n'en périt *qu'une seule* sur 260 (1).

Que s'il plaisait à quelqu'un de venir nous exposer le petit nombre de cas funestes, soit de gangrène, soit de rupture de l'utérus, ou d'autres accidents, comme des motifs suffisants pour faire exclure le seigle ergoté de la thérapeutique, nous répondrions que la gangrène peut être évitée par la sagacité du praticien, tant par rapport aux préparations que par rapport aux effets trop prononcés auxquels donneraient lieu les contre-indications et les idiosyncrasies particulières ; et que, quant aux ruptures de la matrice, celles-ci peuvent survenir à différentes époques de la grossesse et de l'accouchement, sans qu'on ait eu recours au seigle ergoté : et le plus souvent, elles succèdent à des affections antécédentes de l'utérus, comme le prouvent Mittchell et d'autres. De plus, le docteur Mittchell assure avoir vu la rupture de la matrice arriver dans

(1) Les nombreuses données statistiques recueillies par le docteur Breen, et citées par le docteur Burns (de Glascow) démontrent évidemment que la mortalité de la mère et du fœtus augmentent en raison directe de la durée du travail.

des cas de douleurs lentes et de travail tardif, et même après l'application du forceps (1). Du reste, malheur à l'humanité, si, pour quelque sinistre provenant même de la saignée, l'art devait renoncer à l'un de ses principaux remèdes! — Concluons donc qu'on ne peut nier la vertu élective singulière que possède le seigle ergoté, de provoquer les contractions utérines avant et pendant le travail de l'accouchement.

IX. — Prouver par des faits cliniques l'action hémostatique du seigle ergoté contre les hémorrhagies utérines, dans la grossesse, dans le travail de l'accouchement, et après celui-ci.

Nous continuerons à marcher fermement dans la voie des faits et de l'expérience, en nous élevant seulement, à l'aide de quelques considérations, à la raison pure qui en découle, en suivant les traces du programme même et de Stoll : *Numquam aliquid facias ex hypothesi.*

Obs. XLIX. — *Métrorrhagie et polype cancéreux de l'utérus.* Dans le courant du mois de mars 1832, nous fûmes instantanément appelé pour une certaine Beffone (Marie), âgée d'environ 40 ans, agonisante par suite de métrorrhagie indomptable : sa physionomie était jaune, pâle, gonflée, avec les yeux ternes, le pouls très-petit. Nous nous décidâmes aussitôt à employer le seigle ergoté, au moyen duquel, le flux étant venu à diminuer un peu, la malade put passer la nuit.

Le lendemain matin, elle fut en état de nous expliquer que, six années auparavant, un avortement de six mois lui avait laissé une leucorrhée opiniâtre accompagnée de douleurs utérines lancinantes, lesquelles se répétaient de temps en temps, et se rapprochaient, en acquérant plus de violence. En outre, depuis deux ans, elle était affectée d'une descente dans le vagin, à laquelle succéda un écoulement ichoreux, corrosif, très-fétide, avec gonflement et ulcération au *pudendum* et au périnée, et enfin une métrorrhagie qui était copieuse au point de rendre la malade exsangue. Au moyen du toucher, je reconnus un gros polype fibreux pendant le long du vagin et qui, au plus léger contact du doigt, laissait transsuder un sang noir, corrompu. Se trouvant alors à Cuneo, sa patrie, le docteur Luigi Gallo, chirurgien au grand hôpital de S.-Giovanni de Turin, à l'instance du mari de l'infirme, voulut bien la visiter et l'explorer, et croyant le cas au-dessus de toute ressource, il déclara la maladie de nature cancéreuse et promptement

(1) Les docteurs Pereira et Lasserre rapportent dans le journal précité plusieurs exemples de rupture de l'utérus par suite de manœuvres obstétricales, qui démontrent que celles-ci sont la cause la plus fréquente des déchirures utérines.

mortelle. D'après cela, il ne nous resta d'autre ressource que celle d'avoir recours au seigle ergoté, afin d'éloigner le plus possible la fin prochaine. Ce ne fut pas sans avantage que l'on employa ce remède, puisque, pendant le cours de plusieurs mois, elle ne fut plus si fortement tourmentée par la métrorrhagie et par les douleurs; l'écoulement devint moins fétide et moins copieux, et continuant ainsi à petites doses ce médicament, durant une quinzaine de mois, l'effet en fut tellement salutaire que, au bout de deux ans, le polype s'atrophia et devint moins spongieux, et l'ulcère cancéreux se cicatrisa. Beffone vécut dans un état de santé médiocre jusqu'à la fin de 1836, époque où, étant tombée malade de grave pleuritite à la campagne et privée de secours, elle mourut.

Obs. L. — Pour expérimenter minutieusement jusqu'où s'étendait la vertu hémostatique de l'huile résineuse ergotée, nous accueillîmes expressément à l'hôpital une femme affectée de cancer du col de l'utérus et dans un état tout à fait désesperé depuis plus de trois mois. C'était une certaine Schiavenza (Pauline), journalière, âgée de 44 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une taille élevée; brune; maigre, avec face blême et triste. Les causes de l'affection étaient un genre de vie irrégulier et débauché, de graves chagrins domestiques, des fatigues excessives, une blenorrhée opiniâtre, et deux avortements provoqués.

Quand elle entra à l'hôpital le 8 novembre 1842, elle était émaciée, avec fièvre continue; pouls à 105, dur, et profond; peau brûlante et flasque, d'une teinte jaune-pâle, comme détachée des chairs. Elle éprouvait des douleurs lombaires continues et des élancements aux fesses, au méat urinaire et à l'utérus, dont s'écoulait continuellement un ichor, tantôt rougeâtre, tantôt plus décoloré. Mais depuis quelques jours la métrorrhagie, qui avait toujours accompagné sa maladie, était devenue plus abondante et avait tout à fait épuisé la malade. En palpant le ventre, on le trouvait volumineux, dur et douloureux. Au moyen de l'exploration, on constatait aussi de la dureté et de la douleur au col et au corps de l'utérus. Son orifice était bosselé et sillonné de profondes fissures avec bords calleux. On procéda au traitement à l'aide de l'huile résineuse, à la dose de six gouttes pendant six jours; ensuite on en donna huit gouttes par jour, pendant deux jours.

Dès le second jour, le pouls s'abaisse à 88; la métrorrhagie s'amoindrit, puis cesse au bout de quatre jours; le suintement cancéreux et les élancements douloureux diminuèrent : mais rien de plus, car notre médicament ne pouvait changer une condition morbide si avancée. Il est toutefois incontestable que par ce moyen notre malade put encore vivre plus de trois mois, sans que la mé-

trorrhagie se soit jamais plus montrée. Et comme c'était seulement pour cette hémorrhagie que nous avions employé l'huile, nous n'y avions recours que quand l'écoulement cancéreux devenait plus sanguinolent, et toujours avec un prompt succès.

Il est donc prouvé, pour nous, par ces deux histoires, ce que déjà Duparcque et l'un de nos maîtres, Recamier, ainsi que quelques autres, avaient publié; savoir : que s'il n'est pas toujours donné à l'art de guérir, de vaincre le carcinôme de l'utérus, le seigle ergoté peut au moins, plus que tout autre remède, rendre moins alarmants ses plus graves accidents.

Obs. LI. — Le 8 février 1843, une hôtesse, encore convalescente d'angioïte et sujette à des métrites, ayant enduré, pendant quarante-huit heures, des fatigues excessives dues à sa profession, fut affectée, le second jour, d'une hémorrhagie de l'utérus, avec de fortes douleurs aux lombes; mais comme l'époque de ses menstrues n'était pas éloignée, elle continua à vaquer à ses travaux du matin au soir, sans y faire attention, quand tout à coup elle vint à s'évanouir et tomba étendue par terre. Transportée dans son lit, elle y fut couchée et secourue par tous les moyens qu'on emploie ordinairement en semblable circonstance, comme des boissons glacées et des aspersions froides sur le ventre et les cuisses, sans que ni le repos, ni autre chose pût la soulager. Les douleurs lombaires persistaient et s'étendaient à la région utérine; le sang était noirâtre et sortait, par moments, coagulé de la vulve. Pouls très-petit, précipité; face blême, livide; pupilles dilatées; vue trouble. — Huit gouttes d'huile résineuse et semblable dose le jour suivant arrêtèrent cette hémorrhagie, et en peu de jours elle était rétablie.

Désirant abréger, autant que possible, ce travail, nous omettons en conséquence beaucoup d'autres cas de métrorrhagies mortelles, dans lesquels rien n'avait pu réussir que notre seigle ergoté. Quant aux préparations résineuses, nous ne cesserons jamais d'assurer qu'elles diminuaient, plus promptement que le seigle ergoté même, les métrorrhagies, avant, pendant et après la grossesse. — Un des cas les plus extraordinaires qui se présentaient à notre hôpital fut celui d'une blanchisseuse nommée Menardi (Marie), âgée de 35 ans, affectée depuis 18 jours d'une abondante métrorrhagie causée pour avoir lavé du linge, toute une journée, pendant qu'elle était couverte de vêtements trempés par la pluie. Quatre saignées et quelques mixtures astringentes n'ayant pas suffi, Menardi récupéra la santé au moyen de dix gouttes d'huile résineuse.

Le même seigle ergoté, que nous avons vu favoriser l'avortement, exciter les contractions et les douleurs utérines, est encore le moyen qui l'empêche, l'arrête, en calmant les contractions et les

douleurs morbides. Sur ce point la science possède aussi plusieurs observations; mais voulant rester court, nous nous bornons à citer seulement les auteurs qui ont observé les faits de cette nature qui nous ont paru dignes de foi, et intéressants.

Villeneuve, aux pages 113 et 114 de son mémoire, dit que Hall, ayant employé le seigle dans un cas d'avortement imminent avec hémorrhagie, ces symptômes cessèrent, et la femme put parvenir au terme de la grossesse.

Atlée, d'après son expérience, en vit les mêmes effets : et Shalleross, ayant donné le seigle ergoté dans un cas de détachement partiel du placenta avec métrorrhagie, vit celle-ci cesser; puis, quand l'accouchement s'effectua, il trouva des caillots de sang à la superficie du placenta, probablement à l'endroit où il s'était détaché.

Spairani, Chailly, Kall, Bekmann, Beclard, Chinnok, Taddei de Gravina, Freschi eurent aussi occasion d'observer des exemples analogues d'avortement empêché, et de suppression de métrorrhagie; comme prophylactique, Rasch conseilla le seigle ergoté en semblables cas.

Venons maintenant à nos propres observations.

Obs. LII. — Une robuste fileuse, Ronta (Jeanne), âgée de 28 ans, déjà mère de trois enfants, qui n'avait jamais été atteinte d'aucune maladie, se trouvait enceinte depuis environ quatre mois, lorsque, vers le milieu de mars 1843, elle éprouva des frayeurs vives et répétées, en même temps que de graves chagrins domestiques.

A peine quelques jours s'étaient écoulés, qu'elle fut saisie de douleurs dans les reins et au bas-ventre, auxquelles succéda une métrorrhagie. Au bout de huit jours de cette hémorrhagie, ses maux allant toujours croissant, en dépit de quatre bonnes saignées pratiquées dès les premiers jours, elle fut admise à l'hôpital le 29 mars 1843.

Nous lui trouvâmes de la fièvre avec un pouls dur, profond et fréquent, à 90; douleurs continuelles à l'utérus et aux lombes; peau brûlante; sang abondant et assez rutilant, qui s'écoulait du vagin, de temps en temps mêlé à quelques caillots, et en quantité d'environ une livre par jour. Nous lui fîmes prendre immédiatement une potion mucilagineuse avec 6 grains de résine ergotée; et le lendemain, trouvant qu'il en était résulté un amendement notable, on répéta la même dose. Le 31 de ce mois, (le troisième du traitement), l'hémorrhagie était remplacée par un écoulement séro-muqueux; mais quelques douleurs se faisaient encore sentir à l'utérus et aux lombes.

Le pouls avait bien sa fréquence normale ; mais il était toujours dur et profond : on continue, en conséquence, la même résine pendant deux autres jours, mais seulement à la dose de 3 grains par jour.

Grâce à cette médication, Ronta recouvra la santé ; et pour plus de certitude de guérison, elle nous annonça avoir senti distinctement les mouvements du fœtus. Nous pratiquâmes le toucher et l'auscultation : en effet, nous distinguâmes avec le doigt le ballottement du fœtus, et le stéthoscope nous fit entendre le bruit ou soufle placentaire. Cette femme, un mois après, était encore dans un état de grossesse prospère.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL MILITAIRE D'ANVERS.

RAPPORTS SEMESTRIELS DES HOPITAUX ET INFIRMERIES.

1er SEMESTRE 1847.

Parmi les maladies qui se sont montrées pendant ce semestre, plusieurs ont atteint un nombre d'individus assez grand pour mériter le nom d'épidémies. Quelques-unes de ces épidémies ont régné tour à tour, d'autres ont marché concurremment. Le nombre des malades a été assez élevé. Voici le chiffre du mouvement de l'hôpital, celui des troupes étant de 3,500 hommes.

Fiévreux.	584
Blessés.	170
Ophthalmiques.	39
Vénériens.	123
Galeux.	139
Total. . . .	1,055
Restant du semestre précédent. . . .	143
Total général. . . .	1,198

Il y eut 21 décès, par suite des maladies suivantes : fièvre typhoïde, 2 ; dyssenterie, 1 ; albuminurie, 1 ; péritonite chronique, 1 ; bronchite capillaire, 1 ; bronchite chronique, 1 ; pneumonie double, 1 ; hémoptysie, 1 ; phthisie pulmonaire, 5 ; hydrocéphale aiguë, 1 ; variole confluente, 2 ; blessure du cerveau, 1 ; abcès par congestion, 2 ; carie, 1.

Avant de donner un aperçu des maladies qui ont régné pendant le semestre, je vais jeter un coup d'œil sur la constitution météorologique de cette époque. Il est sans doute des épidémies étran-

gères aux conditions météorologiques et dont celles-ci ne peuvent expliquer le développement. Telles sont celles de rougeole, de variole, etc. Leur retour, à des intervalles plus ou moins éloignés, est dû à des influences mystérieuses, entièrement inconnues dans leur essence. Peut-être pourrait-on leur appliquer ce que disait Sydenham des constitutions stationnaires : *Ab occulta et inexplicabili quadam alteratione in ipsis terræ visceribus pendent, unde aër ejusmodi effluviis contaminatur.* Cependant on trouverait plus souvent la source de nombreuses manifestations morbides épidémiques dans les influences météorologiques passées et actuelles, si l'on observait et si l'on étudiait celles-ci avec plus de soin et de patience. Mais la vie d'un homme ne suffit pas pour généraliser sous ce point de vue une masse suffisante de faits, et cette étude incessamment recommencée ne conduit malheureusement jamais à des conclusions rigoureuses. Il faut le dire encore, peu de médecins fixent leur attention sur ce sujet, si plein d'un vif intérêt, et il n'est pas rare de voir cet intérêt mis en doute par des personnes, qui n'ont pas même songé à en faire l'objet d'une étude sérieuse.

En *janvier*, le thermomètre, observé à 9 heures du matin, a offert quelques oscillations brusques ; au commencement du mois, la colonne du mercure est montée, en 3 jours, de — 5° à + 5°. Plus tard, au milieu du mois, pendant 15 jours, température basse minim. — 8°. Les 8 derniers jours, le mercure s'est maintenu au-dessus de 0 : maxim. + 5°. Baromètre à 28 et au-dessus jusqu'au 24 ; il est descendu ensuite jusqu'à 27°, 5. Ciel brumeux au commencement et à la fin, serein au milieu du mois. Neige abondante vers la fin ; pluie très-rare. Vents notés comme forts, à midi 4 fois.

En *février*, variations thermométriques fréquentes, mais peu fortes. Baromètre presque constamment au-dessous de 28, jusqu'au 20. Ciel couvert jusqu'au 20, puis pur. Neige abondante à plusieurs reprises ; pluie rare. Vents forts, 10 fois.

En *mars*, variations brusques assez fréquentes du thermomètre, mais peu fortes. Pression atmosphérique forte, à l'exception de quelques jours de la fin du mois. Ciel le plus souvent serein ; neige et pluie rares. Vents forts, 4 fois.

En *avril*, température égale, pas d'oscillations brusques. Pression atmosphérique faible. Ciel couvert ; pluie, 10 fois. Vents forts, 14 fois.

En *mai*, la température s'est élevée graduellement, avec de légères oscillations, du minim. + 9° au maxim. + 22°.

Colonne barométrique constamment élevée. Ciel le plus souvent serein ; pluie, 6 fois. Le 8 et le 9, violents orages. Vents forts, 3 fois.

En *juin*, la température s'est généralement refroidie, surtout la nuit ; de brusques oscillations se sont fait sentir. Vers le milieu du mois, le thermomètre a marqué d'un jour à l'autre, à midi, 12°, 12°, 15°, 20°, puis est retombé à 16°. Dans les huit derniers jours, à l'époque du solstice, il y eut constamment une différence de 4° à 6° entre la température du matin et celle du milieu du jour. Pression atmosphérique presque toujours forte. Ciel souvent nébuleux. Pluie, 15 fois, orage, 1 fois. Vents forts, 8 fois.

En résumé, la température de l'atmosphère a été froide et sèche en janvier, février et mars, sous une pression atmosphérique presque constamment forte ; un peu humide en avril, avec abaissement de la colonne barométrique ; douce, puis chaude en mai, avec une forte pression atmosphérique ; enfin de nouveau douce et un peu humide en juin, sous une pression forte encore de l'atmosphère.

La température moyenne de ce semestre, comparée à celle du premier semestre de 1846, a été plus basse de 1 à 4 degrés dans les quatre premiers mois, plus élevée de 4 degrés le cinquième mois et plus basse de 5 degrés le sixième. La pression atmosphérique a été, en général, plus forte. En 1846, l'humidité avait dominé pendant les quatre premiers mois avec les vents d'ouest, la sécheresse pendant les deux derniers avec les vents de l'est et du nord.

Les constitutions saisonnières, catarrhale et inflammatoire, ont régné pendant les six premiers mois de 1847 ; c'est ce que l'on observe le plus communément à cette époque de l'année. Mais la première, la constitution catarrhale, a présenté des caractères particuliers et a eu une prédominance marquée et une durée plus prolongée que de coutume. Il s'y est joint, comme on va le voir, diverses affections morbides à forme épidémique, le mot épidémie étant pris dans sa plus large extension. Le nombre des malades, plus élevé que d'ordinaire, a considérablement diminué vers la fin du semestre, sous l'influence de la température douce et humide du mois de juin. Cette constitution atmosphérique d'ailleurs est toujours la moins féconde en manifestations morbides dans la contrée que nous habitons.

Rougeole. — La rougeole, la première épidémie dans l'ordre chronologique, a régné depuis le mois d'octobre jusque dans les premiers jours de mars. Elle a été d'une bénignité remarquable, bien différente sous ce rapport de celle qui s'est montrée pendant l'hiver de 1838 à 1839. Celle-ci avait été très-grave et avait occasionné une grande mortalité parmi les enfants qu'elle affectait presque exclusivement. Cette fois, un grand nombre de personnes adultes en ont été atteintes. La toux, bien que très-violente, disparaissait sans laisser de traces, en même temps que la maladie,

sous l'influence des soins hygiéniques les plus simples. Cette toux, qui apparaît dès la manifestation des premiers prodromes, a un caractère tout spécial qui sert merveilleussement, en temps d'épidémie, à faire prédire, chez une personne indisposée, la prochaine manifestation de l'exanthème morbilleux.

Fièvre catarrhale; *pneumonies*. — Malgré l'étendue de la nomenclature nosologique, il est difficile de trouver un nom qui s'applique d'une manière précise à l'affection, localisée dans le système muqueux, qui s'est montrée sous une forme épidémique pendant ce semestre. Les muqueuses nasale, gutturale, bronchique, digestive, éprouvaient des altérations plus ou moins intenses suivant les sujets, et cependant c'étaient les symptômes généraux, un sentiment de fatigue, des douleurs dans les régions postérieures du tronc et dans les membres, le mal de tête, l'agitation fébrile, qui provoquaient chez les malades les impressions les plus pénibles. Il semble en cette circonstance qu'il existe, répandu dans l'économie, un principe perturbateur qui ne se fixe dans le système muqueux que d'une manière secondaire. On ne peut appeler cette maladie coryza, angine, bronchite, etc. Ce n'était pas à proprement parler la grippe, bien que des médecins et le vulgaire lui eussent souvent donné ce nom. Je pense que la dénomination qui lui convient le mieux est celle de fièvre catarrhale, expression que les doctrines anatomo-pathologiques de notre époque ont fait à tort abandonner.

La fièvre catarrhale a régné depuis le mois de décembre jusqu'en février ; elle a eu une recrudescence en avril. En ville, peu de personnes en ont été exemptes. J'en ai indiqué plus haut les principaux caractères. Des horripilations, une sensation extrêmement pénible à l'air un peu froid et surtout agité, se montraient aussi au début, puis, si le malade gardait le lit et observait un régime adoucissant, la peau devenait largement sudorale, les urines sédimenteuses, et le plus communément la maladie se jugeait dans le courant du premier septénaire.

La constitution catarrhale s'est encore manifestée aux mêmes époques par l'apparition d'un grand nombre d'inflammations des grosses bronches, et nous avons eu à traiter, surtout en avril et en mai, plusieurs bronchites capillaires, maladie plus grave qu'une pneumonie ordinaire. Elle était particulièrement caractérisée par une dyspnée plus ou moins intense, une toux fréquente amenant des crachats rares, visqueux, quelquefois striés, une gêne douloureuse aux attaches du diaphragme, des râles sonores, sibilants, sous-crépitants, disséminés dans une grande étendue de la poitrine, une sonoréité normale, une fièvre très-prononcée, etc. Les sai-

gnées, les applications répétées des ventouses scarifiées sur la poitrine, les révulsifs, les adoucissants sous toutes les formes, les potions émétisées, avaient peine à vaincre ces inflammations profondes, à chaque instant exaspérées par les vicissitudes atmosphériques et par le retour fréquent des vents du nord et de l'est, si contraires à la solution des maladies des organes respiratoires, chez les malades même qui ne quittent pas le lit. Dans quelques cas qui tendaient à l'état chronique, deux ou quatre cautères, appliqués sur le thorax, ont eu d'heureux résultats. Mais il faut laisser une part de ce succès à la température plus chaude et aux vents du sud qui ont régné sans partage vers la fin du mois de mai.

Entre temps, les pleurésies et les pneumonies se sont montrées comme de coutume, et se sont produites ensuite en assez grand nombre jusque dans le mois de juin. Trois fois, la pleurésie ayant son siége au côté gauche, nous avons soupçonné, d'après la seule fréquence du pouls (130 à 140 par minute), les autres signes manquant, que le péricarde participait d'une manière notoire à l'inflammation. Nous n'avons heureusement pas eu l'occasion de vérifier ce diagnostic, par l'autopsie.

Sur un nombre de 31 pneumonies, l'inflammation occupa 19 fois le côté droit. Nous n'eûmes qu'un cas de pneumonie double, celui d'un sous-officier, qui nous fut envoyé, par un froid très-vif, de la garnison de St. Bernard. La gêne de la respiration par l'inflammation concomitante des petites divisions bronchiques était telle, que les téguments, et particulièrement ceux de la face, étaient fortement cyanosés. Ce fut le seul des pneumoniques qui succomba.

Les atteintes si fréquentes, portées pendant ce semestre aux organes respiratoires, ont hâté chez 20 hommes les funestes conséquences de la tuberculisation pulmonaire. Comme je l'ai indiqué, 5 phthisiques ont succombé. Parmi les autres, 13 ont été assez heureux pour pouvoir accomplir le désir qu'ils nourrissaient de rentrer dans leurs familles. Deux sont encore à l'hôpital.

Variole. — Depuis six ans, la variole ne s'était plus montrée à Anvers. Elle avait régné depuis l'automne de 1838 jusqu'à la fin de 1840. Elle a paru dans le mois de janvier. Les premiers cas, peu nombreux d'abord, offrirent beaucoup de gravité, soit que la maladie suivît en cela la marche ordinaire des affections épidémiques, soit qu'elle s'en prît surtout dans le principe aux hommes qui n'avaient pas été vaccinés. Plus tard, la variole se répandit davantage, mais elle offrit en général moins d'intensité. C'étaient pour la plupart des varioles discrètes, modifiées par l'influence de la vaccination qui, chez tous les sujets, avait été opérée une fois et

dans leur enfance. Cependant plusieurs sujets, qui avaient été évidemment vaccinés ou qui affirmaient l'avoir été, furent atteints de varioles graves, semi-confluentes ou confluentes, qui ne présentèrent dans leurs phénomènes aucune des modifications signalées dans la variété que quelques médecins appellent varioloïde.

Nous eûmes à traiter un cas de variole en janvier, 4 en février, 12 en mars, 10 en avril, 8 en mai et 3 en juin. Sur ces 38 cas, il y eut 5 varioles confluentes (sujets vaccinés, hors deux), 11 semi-confluentes (sujets vaccinés, hors deux) et 22 discrètes (tous sujets vaccinés).

La maladie, considérée dans son ensemble, ne présenta rien de remarquable, si ce n'est que, contrairement à ce que l'on observe le plus communément, des prodromes graves, consistant en une fièvre assez vive, des anxiétés, de fortes douleurs lombaires, précédèrent chez plusieurs sujets l'apparition d'une variole discrète des plus bénignes. Un malade eut pendant la période prodromique une suffusion scarlatineuse très-abondante sur l'abdomen. Les accidents les plus fâcheux furent, une fois, la décomposition scorbutique pendant la période de suppuration, et, dans plusieurs cas, une gêne très-douloureuse à la gorge et dans le larynx, avec raucité de la voix. Les varioles confluentes et semi-confluentes furent toutes accompagnées, dès le début, d'un ptyalisme abondant. Un malade atteint de variole confluente, bien qu'il affirmât avoir été vacciné dans son enfance, éprouva un accident dont les suites furent déplorables. Pendant la période de suppuration, les cornées se ramollirent tout à coup et s'ulcérèrent sans pustules préalables, comme on l'observe chez les animaux dans le sang desquels on a injecté des matières putrides ou alcalines, et il perdit complétement la vue. Dans cinq cas, la fièvre tierce se déclara pendant la période de desquamation. Les collections purulentes sous-catanées ne furent pas rares après les éruptions varioliques de quelque intensité.

Deux malades ont succombé. L'un d'eux, le premier qui parut à l'hôpital, eut une variole confluente des plus graves. Il disait avoir été vacciné, mais nous n'en trouvâmes pas de traces. Il entra le 12 janvier, jour de l'éruption. Les souffrances de la gorge et du larynx furent très-vives, la salivation d'une abondance extrême, la suppuration d'une insupportable fétidité. Celle-ci s'était montrée depuis quelques jours, lorsque de larges ecchymoses apparurent sur les membres ; il s'y joignit bientôt des selles sanglantes, et la mort arriva le 22e jour. L'autre malade était un chasseur qui disait n'avoir pas été vacciné. Il était à l'hôpital pour une hypertrophie excentrique du cœur avec infiltration des extrémités infé-

rieures. Le 2 février, il se plaignit de vives anxiétés, de douleurs intolérables dans les lombes, d'une forte oppression. Trois saignées de huit à dix onces, qui donnèrent une couenne transparente, gélatiniforme, furent suivies, le 4, d'un soulagement très-prononcé, et eurent encore pour résultat la disparition complète de l'infiltration séreuse; mais nous remarquâmes en même temps sur la face le masque de sinistre augure, consistant en un gonflement général avec rougeur érythémateuse. Une éruption extrêmement abondante de petits boutons ne tarda pas à s'y manifester. J'annonçai la perte presque inévitable de ce malade, mais je ne pensais pas que ce pronostic se serait immédiatement réalisé. En effet, le 6 dans la soirée, la déglutition s'embarrassa de manière à rendre impossible toute ingestion de boisson, et le malade mourut bientôt après, sans agonie.

Les variolés avaient été placés d'abord isolément dans une salle particulière, mais attenante à celles des ophthalmiques et des convalescents. Nous eûmes bientôt l'occasion de voir combien le principe contagieux variolique est actif et sa propagation facile. Dans le mois d'avril, malgré les précautions nécessairement prises en pareille circonstance, et des fumigations de chlore souvent répétées, trois convalescents contractèrent la variole dans l'hôpital même, et six autres, qui étaient retournés guéris au quartier, revinrent variolés, du 5e au 15e jour après leur sortie, ayant, selon toutes les apparences, emporté avec eux le germe de la maladie. Ce foyer contagieux, établi dans l'établissement, nécessita de promptes mesures. Les variolés furent placés dans une salle entièrement isolée qui a servi naguère de chapelle; les moyens désinfectants furent mis largement en usage et nous ne vîmes plus ensuite qu'un ou deux cas de variole se développer dans l'hôpital.

Voici un fait qui offre un nouvel exemple de l'antagonisme observé depuis longtemps entre certaines manifestations morbides. Un soldat du 1er de ligne, vacciné, était au 5e jour d'une ophthalmie purulente gonorrhoïque de l'œil gauche. La cautérisation des conjonctives palpébrales supérieures avait été pratiquée, le premier jour, pour tout traitement. La cornée était sauve, mais il restait un peu d'écoulement séro-purulent et un chémosis membraneux assez prononcé; la conjonctive oculaire relâchée recouvrait le cercle supérieur de la cornée. Les prodromes de la variole se déclarèrent avec intensité, et le 4e jour, au moment de l'éruption, le chémosis avait complétement disparu, la sécrétion morbide était entièrement tarie; l'œil n'offrait plus qu'un peu d'injection. Malgré la violence des prodromes, la variole n'en fut pas moins discrète et très-bénigne, et le malade se trouva bientôt rétabli.

J'ai traité, en général, tous les cas de variole par la médecine expectante hygiénique, en opposant les moyens généralement connus aux divers accidents qui compliquent si souvent cette maladie. Cependant le 7e ou 8e jour de l'éruption, après l'apparition de la suppuration, ainsi que je l'avais déjà fait antérieurement avec succès, j'ai constamment prescrit, dans les cas offrant de la gravité, des fortifiants et des toniques, une décoction de quinquina, de l'eau rougie pour boisson, de petites doses souvent répétées de bon bouillon. Il m'a toujours paru qu'il était nécessaire de chercher à relever énergiquement les forces, dans ce moment critique où la nature lutte avec d'autant plus de désavantage contre la tendance aux localisations désastreuses de l'infection purulente, que le relâchement et la faiblesse générale sont plus prononcés.

Fièvres intermittentes. — Les fièvres intermittentes et rémittentes parurent à la fin de février; elles furent assez nombreuses dans le courant du mois de mars et une partie du mois d'avril, puis elles devinrent de plus en plus rares pendant les mois suivants.

L'intermittence s'est donc montrée encore une fois par une température sèche qui durait depuis deux mois, et loin de prendre de l'extension sous l'influence de l'humidité qui s'est fait sentir ensuite, elle a diminué de fréquence.

Pendant le règne des fièvres d'accès, on a remarqué en ville un grand nombre de douleurs névralgiques. A l'hôpital, chose assez rare, nous eûmes à traiter un cas de névralgie faciale très-intense, qui céda à de fortes doses de sulfate de quinine.

Les fièvres intermittentes étaient souvent erratiques au début. Le type tierce fut prédominant. Elles offrirent peu d'intensité. Souvent des sueurs abondantes, entrecoupées de frissons, en signalaient seules l'existence. Depuis plusieurs années, nous n'avons plus rencontré de fièvres intermittentes pernicieuses.

Je ferai remarquer en passant qu'il ne s'est pas présenté un seul cas de fièvre typhoïde pendant les mois d'avril, mai et juin.

Erysipèle. — Dans les mois de mai et de juin, nous avons observé plusieurs cas d'érysipèles, tant spontanés que traumatiques. De même que les autres exanthèmes, cette maladie se montre par intervalles, puis disparaît entièrement pendant un temps plus ou moins long. Mais comme elle attaque rarement un grand nombre d'individus, il est défendu de lui donner le nom d'épidémie, de par la définition que les auteurs ont donnée de ce mot.

Tel a été le caractère morbide qui a dominé dans la garnison d'Anvers. Ce caractère n'a pas été absolument le même dans les autres villes; voici le résumé des affections qui y ont régné plus particulièrement.

Fièvres typhoïdes.

A *Bouillon*, la fièvre typhoïde qui avait atteint 8 soldats, pendant les trois derniers mois de l'année 1846, a continué à sévir pendant la saison d'hiver ; 10 nouveaux cas ont été pris en traitement pendant les mois de janvier, février et mars, mais à dater de cette époque « la maladie, dit le rapport de M. Honorez, a perdu peu à peu ses caractères typhoïdes ; les nouveaux entrants n'ont plus présenté que des irritations gastro-intestinales qui furent évidemment un diminutif de l'affection qui avait régné ; c'était le même caractère morbide, moins l'élément adynamique. »

L'un de ces typhisés présenta sur toute la surface du thorax une éruption de pustules gangréneuses qui exhalaient une odeur des plus fétides.

Une semblable épidémie à symptômes graves, mais s'attaquant à un nombre d'individus proportionnellement plus petit, (15 ou 16) survint dans la garnison de *Malines*, au mois de janvier, et régna pendant tout le semestre.

A *Mons*, il y eut également un plus grand nombre d'affections typhoïdes que d'ordinaire; c'est encore pendant les mois de janvier et de février qu'elles survinrent.

L'épidémie qui, pendant le dernier trimestre de 1846, avait régné à Arlon, avec une intensité remarquable, et qui avait atteint jusqu'à 36 soldats, a perdu toute sa gravité à l'arrivée des grands froids. Il ne se montra qu'un seul cas pendant les mois de janvier et de février, mais lors de l'adoucissement de la température, en mars, trois autres cas qui se succédèrent rapidement firent craindre un instant que la maladie n'allât renaître. Heureusement aucun typhisé ne se présenta plus depuis.

En résumant les rapports de tous les hôpitaux, on trouve, pendant le semestre, 70 cas de fièvres typhoïdes bien caractérisées. En décomptant ceux de Bouillon, de Malines et de Mons, où la maladie a régné d'une manière vraiment épidémique, il n'en reste que 35 pour une période de 6 mois et pour 25 garnisons ; c'est très-peu. Sur ce nombre de 70, plus d'un tiers sont survenus pendant le mois le plus froid de la saison (janvier) ; les deux mois de janvier et de février en ont offert un total plus élevé que les quatre autres mois réunis. Toutefois pendant les fortes chaleurs de mai, il s'en est présenté de nouveau 14 cas, tandis que les mois de mars et d'avril n'en avaient accusé que 9. Ainsi c'est d'un côté, lors des premiers froids vifs, de l'autre, à l'époque des premières fortes chaleurs, que le plus grand nombre de ces affections se sont montrées. Nous nous garderons de tirer des inductions étiolo-

giques de ces faits, d'ailleurs trop peu nombreux, nous nous bornerons à les indiquer.

Fièvres intermittentes.

Les garnisons où ces fièvres ont régné d'une manière soutenue, pendant le semestre, sont celles de *Bruges*, *Nieuport*, *Ostende*, *Termonde* et *Ypres*, toutes villes, remarquons-le, situées à peu de distance de la mer et où ces fièvres sont fréquentes, si non endémiques. A *Bruxelles*, *Beverloo*, *Malines*, *Mons* et *Namur*, il y a eu également, pendant tout l'hiver, quelques cas isolés de ces mêmes fièvres, mais elles étaient, en général, moins graves ou moins fréquentes que dans les premières villes. Les 17 ou 18 garnisons restantes n'en présentèrent, en hiver, qu'un nombre très-restreint. Les rapports n'en mentionnent pas 15 cas.

A Termonde, le bataillon fournit, pendant le dernier trimestre de 1846, plusieurs cas de ces fièvres accompagnées d'œdème, d'ascite, d'infiltration du scrotum et d'engorgement considérable de la rate. Selon toute probabilité, l'élément paludeux auquel ces troupes avaient été soumises, lors de leur séjour dans les forts de l'Escaut où elles avaient tenu garnison peu de temps auparavant, faisait sentir encore son influence. A l'arrivée des grands froids, ces affections perdirent leur gravité; pendant tout le semestre dont nous nous occupons, elles furent simples et légères. Toutefois le génie intermittent continua à donner à la constitution régnante dans cette garnison un caractère particulier. « Les fièvres typhoïdes, dit M. Dutronquoy, les irritations gastro-intestinales, les bronchites, débutaient par plusieurs accès bien dessinés qui disparaissaient ensuite et laissaient l'affection dominante dans toute sa simplicité. » M. Anache avait fait la même remarque pour la garnison de Beverloo ; « Presque toutes les maladies d'une certaine gravité, dit-il, ont été précédées de plusieurs accès de fièvre tierce ou quotidienne, caractérisés par les trois stades. Ce n'est qu'à la cessation des accès que naissaient les caractères distinctifs des affections dominantes. »

Au mois d'avril, des fièvres d'une nature moins grave, des affections intermittentes printanières survinrent brusquement; la moitié de nos hôpitaux en reçut un certain nombre. Au mois de mai, malgré une saison magnifique et des chaleurs précoces, ou peut-être à cause de ces chaleurs, le nombre en augmenta considérablement; très-peu de garnisons en furent exemptes. A *Bruges*, *Mons*, *Diest*, *Louvain* et *Tournay*, il y eut de nombreux entrants pendant ce mois. En juin, sous l'influence d'un temps froid et humide qui dura deux décades , ces fièvres restèrent station-

naires dans quelques villes et diminuèrent dans certaines autres.

Les garnisons d'*Arlon*, d'*Ath*, de *Hasselt*, de *Dinant* et de *Huy*, furent les seules où cette constitution épidémique ne se fit pas ressentir. A l'hôpital d'*Anvers*, comme nous venons de le voir dans le rapport de M. Gouzée, les fièvres intermittentes se montrèrent surtout pendant les mois de mars et d'avril. Ces maladies printanières affectaient la plupart le type quotidien ou tierce; elles n'étaient compliquées d'aucun symptôme grave ni intercurrent; le sulfate de quinine parvint facilement à en arrêter les accès; toutefois il y eut de nombreuses récidives.

Comme nous l'avons dit plus haut, un grand nombre de fièvres intermittentes légères survinrent assez brusquement, lors des chaleurs de mai, dans la garnison de Tournay. M. le médecin de garnison Delemarre se demande, dans son rapport, quelle peut être la cause de cette épidémie; « L'année dernière, dit-il, les rives de l'Escaut furent inondées et nous n'avions pas ce genre d'affections, tandis que, cette année, elles nous arrivent en grand nombre, sans qu'il y ait eu d'inondations. » Ce qui précède nous autorise à croire que les inondations n'ont exercé aucune influence sur le développement de ces fièvres, et que les causes météorologiques ou saisonnières, qui se sont fait sentir en même temps dans presque toutes les garnisons, doivent seules être accusées.

Fièvres éruptives.

De même qu'à *Anvers*, de nombreuses fièvres éruptives se sont montrées, pendant ce semestre, dans la garnison de *Bruxelles*, mais ici l'épidémie avait déjà commencé depuis trois mois; pendant le dernier trimestre de 1846, 37 cas de variole, de varicelle et de scarlatine s'étaient présentés. Au mois de janvier, 41 nouveaux cas survinrent, puis successivement de mois en mois, les varioles dégénérèrent en varioloïdes ou en varicelles, et le nombre des nouveaux entrants diminua. Toutefois il y en eut encore 57, avant la fin du semestre. A cette époque, l'on put considérer l'épidémie comme terminée, puisqu'il n'y avait eu qu'une seule variole pendant le mois de juin.

Sur ces derniers totaux, il y eut environ 50 varioles, varicelles et varioloïdes, et 30 scarlatines; le restant était des rougeoles.

« Ces affections, dit M. Lebeau, étaient en général peu graves, elles parcouraient rapidement leurs périodes et n'offraient aucune complication, aucun symptôme particulier. Il n'y eut qu'un seul décès. »

Si les variations subites de température, survenues pendant le dernier trimestre de 1846 et les deux premiers de 1847, ne pa-

raissent pas avoir exercé une influence marquée sur l'épidémie, au moins est-il certain que l'augmentation du froid concorde singulièrement avec l'augmentation de la maladie. Ainsi, à commencer d'octobre et jusqu'au mois de juin inclus, nous obtenons, pour chacun des neuf mois correspondants, un total de 4, 14, 19, 41, 20, 15, 10, 11, et 1 malades, c'est-à-dire, un accroissement rapide jusqu'en janvier, puis une diminution successive jusqu'en été.

Dans quelques garnisons, entr'autres à *Bruges*, *Huy*, *Malines*, *Nieuport*, *Ypres* et *Mons*, il s'est présenté également quelques maladies éruptives, mais en très-petit nombre. C'étaient surtout les enfants qui en étaient atteints. Elles étaient légères et sans complications et survinrent toutes en janvier, excepté à Ypres et à Mons où elles se montrèrent en mars et en avril.

Fièvres catarrhales, maladies des poumons.

En résumant les rapports de tous les hôpitaux, on voit que les maladies des poumons, les bronchites, les pneumonies, pleurésies et fièvres catarrhales, ont été également nombreuses pendant les cinq premiers mois du semestre; mais en janvier et en février, c'étaient pour la plupart des bronchites et des affections de peu de gravité, tandis qu'en mars, avril et mai, il y eut une forte proportion de pneumonies et de pleurésies. Cette exacerbation marquée des maladies pulmonaires correspondait aux brusques changements de température qui eurent lieu à cette époque : d'abord quelques jours presque chauds au mois de mars, suivis de froids subits; puis des chaleurs très-fortes en mai, suivies également d'un abaissement notable de la température. En juin, ce genre de maladies fut beaucoup moins fréquent; toutefois il se présenta encore plusieurs pneumonies et pleurésies.

C'est encore pendant les mois de mars, avril et mai, et surtout pendant les deux premiers, que les phthisiques succombèrent en plus grand nombre. Nous en avons compté jusqu'à 35 cas, tandis qu'il n'y en a eu qu'une quinzaine, pendant les trois autres mois.

C'est surtout à *Audenarde*, *Bruxelles*, *Mons*, *Namur*, *Termonde* et *Ypres*, que les affections des bronches et des poumons ont été nombreuses; c'était une constitution épidémique bien marquée. A l'hôpital de Bruxelles, les rapports des 5 premiers mois constatent jusqu'à 84 bronchites, 37 pneumonies, pleurésies et pleuro-pneumonies et 22 phthisies, dont 11 suivies de mort. C'est un chiffre plus élevé qu'à *Anvers* où l'effectif de la garnison est à peu près le même.

En dehors de ces sept villes, toutes les autres n'ont présenté que des cas isolés. *Louvain* seul a fait exception un moment : il y a eu, en peu de jours, au mois de mai, un assez grand nombre de pneumonies. Les villes rapprochées des côtes maritimes, *Bruges*,

Nieuport, *Ostende*, n'ont offert rien de particulier sous ce rapport ; les garnisons de la campine, *Beverloo*, *Hasselt* et *Diest*, sont celles dont les états accusent le plus petit nombre de ces affections.

Le rapport de M. de Kimpe, à Audenarde, confirme, presque dans les mêmes termes, ce que M. Gouzée dit sur la ténacité des bronchites capillaires qu'il a observées pendant ce semestre ; celui de M. Fallot, à Namur, fait bien ressortir le caractère catarrhal qui a dominé la constitution morbide des quatre premiers mois de l'année ; celui de M. Lebeau, à Bruxelles, appelle l'attention sur les succès qu'il a obtenus dans les phlegmasies des organes thoraciques, à l'aide d'un traitement antiphlogistique très-actif, où les saignées, soit générales soit locales, sont répétées à de très-courts intervalles.

Telles sont les maladies qui ont régné épidémiquement pendant ce semestre. Toutes, à l'exception des fièvres printanières, avaient cessé en juin ; ces dernières formaient donc la seule constitution morbide de cette époque. Les affections des voies digestives qui se développent ordinairement, en été, ne se sont pas encore multipliées sous l'influence des temps froids et humides de juin ; nous les rencontrerons probablement dans les rapports de la deuxième moitié de l'année.

En dehors de ces maladies épidémiques, quelques autres affections méritent d'être mentionnées.

Rhumatismes articulaires aigus.

La saison paraît avoir eu une influence marquée sur le développement de l'arthrite rhumatismale, puisque, sur 29 cas dont il est fait mention dans les états, 22 sont survenus en janvier et en février. A l'exception de la garnison de *Bruxelles* qui en a offert un chiffre exceptionnel (11), les hôpitaux n'en ont reçu qu'un très-petit nombre. M. Lebeau, qui traite cette maladie par les saignées coup sur coup, dit avoir obtenu de ce moyen des succès remarquables. « La durée moyenne, dit-il, de la période de douleur n'a jamais dépassé six jours. C'est le traitement le plus sûr, le plus rapide et qui procure les guérisons les plus durables ; c'est encore celui qui est le plus propre à prévenir les affections organiques du cœur, qui sont si souvent la suite de l'arthrite. »

Maladies syphilitiques. — Gonorrhées.

Quatre villes, *Bruxelles*, *Courtray*, *Hasselt* et *Ypres*, constituent une désolante exception sous ce rapport ; à l'hôpital de Bruxelles, il y a eu mensuellement 30 entrants vénériens, et pour tout le semestre, 205 dont 129 gonorrhées. Dans les trois autres villes, le nombre en a été également élevé, proportionnellement à l'effectif de leur garnison. Une surveillance insuffisante dans les faubourgs de la capitale et le manque complet de mesures contre la

prostitution à Courtray, à Hasselt et à Ypres, sont évidemment les causes de cet accroissement d'un mal, pour l'extirpation duquel l'autorité civile ne fait pas assez d'efforts.

Gale. — *Ath, Beverloo* et *Dinant* sont les trois garnisons qui ont fourni la plus forte proportion de galeux. Dans la dernière, il y en a eu 42, et au camp de Beverloo, 54. Cela tient, d'après les rapports, au système de couchage qui n'y est pas aussi convenable que dans les autres villes. Au camp, les soldats couchent sur des sommiers de paille étendus sur des lits de camp. Pendant la journée, toutes les paillasses sont mises en tas, et par conséquent, la contagion est inévitable. A Ath, les couchettes sont à deux places, ce qui entraîne le même inconvénient.

Affections diverses. — Parmi les histoires de maladies remarquables jointes aux rapports de ce semestre, nous avons trouvé : une observation d'*asphyxie due à une altération du sang*, par M. Fallot, (insérée dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. VI, cah. n° 4.)

Un cas de *ramollissement de la partie cervicale de la moelle épinière*, recueilli à l'hôpital de Namur et rapporté dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, cah. d'avril.

Une *simulation d'ankylose incomplète de l'articulation tibio-tarsienne constatée au moyen de l'éthérisation.*

« Un milicien, dit M. Buys, à Bruges, simulait une forte gêne dans le jeu de l'articulation tibio-tarsienne, gêne qui, suivant son dire, lui était restée des suites d'une plaie faite par un instrument tranchant dans le voisinage de la malléole externe. L'aspect des parties faisait présumer une fraude, et pour m'en assurer, je résolus de soumettre le milicien à l'éthérisation. Il avait une vive crainte de cette opération, car il redoutait la perte de sa volonté dont il avait besoin pour jouer son rôle. L'éther inspiré, malgré lui, l'endormit au bout de dix minutes et lui donna un rêve des plus agréables. Dans cet état, il nous fut facile de voir que le jeu de l'articulation n'était nullement entravé, et le sujet, revenu de son sommeil, fut forcé de convenir de sa supercherie. »

M. Dupureux, chargé du service de la prison de *Courtray*, fait remarquer que la plupart des détenus, à leur arrivée (et ils sont en nombre considérable), présentent une faiblesse extrême et sont l'expression fidèle de la profonde misère qui décime actuellement la population des Flandres. « Beaucoup nous viennent, dit-il, dans un état anémique porté au plus haut degré ; ils sont infiltrés de la tête aux pieds, et presque toutes les séreuses contiennent des collections de liquide. La plupart des autopsies ne font découvrir aucune autre lésion d'organes qui puisse expliquer la mort. »

(*Archives de la médecine militaire*, janvier 1848.)

OCT. 1847.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°				
1	756,98	+12,4	+13,7	+ 9,7	98,0	1,27	NE.-NNE.	Sombre, bruine.
2	757,92	+11,0	+14,6	+ 9,3	99,5	0,89	NNE.-N.	Nuageux, mais beau.
3	762,28	+11,5	+14,5	+ 7,1	96,0	»	N.-ENE.	Superbe.
4	759,87	+10,4	+16,1	+ 6,0	96,0	»	ESE.	Beau.
5	750,73	+12,6	+16,3	+ 8,2	98,5	»	ESE.-E.	Très-beau.
6	748,39	+ 9,9	+15,3	+ 7,9	100,0	11,58	ONO.	Sombre le matin, beau le soir.
7	750,21	+12,9	+18,0	+ 6,5	99,0	»	ESE.-S.	Très-beau; le soir apparences orageuses.
8	753,77	+11,5	+15,8	+ 8,7	98,0	1,27	OSO.-O.	Nuageux ; très-belle soirée.
9	757,07	+10,9	+13,7	+ 9,3	100,0	8,52	OSO.-SO.	Pluvieux.
10	758,65	+12,2	+16,7	+ 8,9	99,0	1,91	S.	Nuageux.
11	757,91	+12,0	+17,4	+ 8,2	94,0	0,13	SE.	Magnifique, très-doux.
12	756,09	+12,4	+18,1	+ 8,5	98,0	»	SSE.-S.	Magnifique, très-doux.
13	755,11	+11,2	+15,3	+ 7,1	100,0	»	S.-E.	Très-beau.
14	754,88	+ 7,4	+10,6	+ 5,2	100,0	»	ENE.-E.	Sombre, brumeux ; clair le soir.
15	752,47	+ 7,0	+14,4	+ 2,8	98,0	»	E.-ESE.	Très-beau.
16	757,68	+11,0	+18,1	+ 5,9	98,0	»	SE.	Superbe.
17	759,35	+12,5	+19,8	+ 9,8	99,0	»	SSO.	Superbe, doux ; orage la nuit suivante.
18	753,55	+16,2	+17,4	+12,5	98,0	11,07	SSO.-OSO.	Pluie le matin et le soir ; assez beau le jour.
19	747,67	+13,3	+16,4	+10,7	100,0	0,51	S.-SSE.	Sombre, pluie.
20	750,56	+14,8	+14,8	+ 7,5	96,5	7,64	SO.-OSO.	Variable.
21	756,33	+10,0	+13,3	+ 6,6	95,5	1,02	SO.-OSO.	Assez beau le matin et le soir ; après-midi pluie et vent.
22	763,11	+ 7,4	+13,0	+ 5,3	97,0	0,89	OSO.-SO.	Beau.
23	756,15	+ 9,7	+12,2	+ 7,3	94,5	»	SO.	Sombre, venteux ; tempête le soir et la nuit suivante.
24	752,92	+ 9,6	+14,1	+ 7,0	89,0	1,53	O.-OSO.	Nuageux ; pluvieux le soir.
25	755,64	+ 7,4	+10,2	+ 5,6	97,0	8,91	O.-ONO.	Pluvieux dans la matinée ; beau le reste de la journée.
26	768,01	+ 6,5	+11,6	+ 3,7	99,0	0,25	OSO.	Superbe.
27	771,27	+ 4,7	+ 9,1	+ 1,8	98,0	»	OSO.-SSO.	Superbe.
28	768,35	+ 6,8	+10,2	+ 2,4	100,0	»	SSO.	Beau, mais nuageux.
29	764,55	+ 5,8	+11,3	+ 0,9	95,0	»	SSO.-ONO.	Nuageux, brouillard ; le soir beau.
30	765,54	+ 9,6	+11,0	+ 7,5	99,5	»	OSO.-SO.	Pluie le matin ; très-brumeux toute la journée.
31	761,82	+ 8,1	+12,3	+ 8,8	100,0	»	SO.	Brumeux, humide.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1847-1848. — Nos 1 et 2.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1847. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Communications du Gouvernement.—M. le ministre de l'intérieur transmet, à fin d'examen, un Mémoire de M. le docteur Meunier, vice-consul du Roi, à Taganrog, sur le choléra qui a récemment régné dans cette ville. M. le ministre demande en même temps à l'Académie de lui communiquer les indications qu'elle jugera utile de donner au gouvernement, en vue d'affaiblir l'action de l'épidémie, si elle venait à reparaître dans le royaume.

M. le président annonce que le Bureau a prié M. le ministre de lui envoyer, en communication, les documents relatifs aux mesures que le gouvernement a prescrites, en 1832, contre le choléra. Il propose ensuite à l'assemblée de confier à une Commission de trois ou de cinq membres le soin d'examiner le Mémoire de M. le docteur Meunier, et de préparer le travail demandé par le Gouvernement.

Cette proposition ayant été adoptée, l'Académie décide que la Commission se composera de MM. Lombard, Vleminck, Raikem, Craninx et De Mersseman.

M. le ministre de l'intérieur consulte de nouveau la Compagnie sur la question de la langue à adopter pour la publication du texte officiel de la Pharmacopée.

Après avoir entendu M. Thiernesse, l'assemblée renvoie cette affaire à l'examen et au rapport d'une Commission dont elle désigne les membres. Ce sont MM. François, Van Coetsem, Gouzée, Lombard et De Meyer.

Rapports et discussions. — Suite de la discussion du rapport de la Commission chargée d'examiner les questions que soulève la vente, pour la consommation, de la chair de cheval et de celle des bestiaux atteints de certaines maladies. — M. Verheyen, rapporteur.

M. Verheyen : Messieurs, dans votre dernière séance, vous avez abordé l'examen de la deuxième conclusion du rapport de la Commission, qui est ainsi conçue : « Les chevaux et les bêtes de boucherie, affectés de maladies inflammatoires, peuvent être abattus pour la consommation, pourvu que l'on prenne la précaution de les faire mourir exsangues. »

Ces termes ayant paru vagues, j'ai proposé d'ajouter, après les mots « maladies inflammatoires, » ceux-ci : « *à la première période.* » Malgré cette addition, quelques membres de la Compagnie se refusent à admettre qu'on livre à la boucherie des animaux autres que ceux en parfaite santé. MM. Sauveur, Martens et Seutin se sont prononcés dans ce sens; ils repoussent, en conséquence, la deuxième conclusion.

Si l'Académie adoptait, en principe, que tout animal, destiné à être abattu pour la consommation, doit être sain, et que le Gouvernement ratifiât cette disposition et tînt la main à sa stricte exécution, elle aurait pour première conséquence de faire renchérir la viande de boucherie de vingt-cinq à trente pour cent. L'obésité artificielle des bestiaux, engraissés à l'étable, constitue déjà un état qui n'est pas normal, et l'on a peine à se faire une idée de la multiplicité et de l'étendue des lésions que l'on rencontre à l'ouverture du corps de ces animaux. Ces lésions, chez la bête bovine surtout, ou ne se traduisent à l'extérieur par aucun signe apparent, ou, s'il s'en manifeste, souvent elles sont incurables. Dans cette espèce animale, les fonctions reproductrices dominent l'irritabilité et la sensibilité; les relations sympathiques, l'antagonisme des organes, sont peu prononcés; les maladies, si nous en exceptons celles du sang, n'ont donc pas sur tout l'organisme une influence aussi marquée que chez les espèces animales douées d'une plus grande sensibilité. Sur telle bête, on trouve un lobe pulmonaire hépatisé; sur telle autre, les poumons sont tuberculeux ou contiennent de vastes kystes enveloppant le tissu pulmonaire malade, et le séparant du parenchyme sain; une troisième offre une désor-

ganisation du foie, de la rate, de la matrice ou de ses annexes; puis se présente une tuberculose des membranes séreuses. Des corps étrangers, des aiguilles, des clous, etc., pénètrent avec les aliments dans les réservoirs gastriques; ils s'arrêtent dans le réseau, percent les parois de cet estomac, le diaphragme, et vont s'implanter dans le cœur. Parvenus à l'organe central de la circulation, on commence à apercevoir des symptômes morbides. Quand on rencontre de semblables lésions dans les abattoirs, on se contente d'écarter l'organe malade, et la viande n'en est pas moins débitée comme si elle provenait d'une bête saine.

Exclure tous les animaux de boucherie dont la santé n'est pas dans un état d'intégrité parfaite, ce serait occasionner un dommage, une perte irréparable à l'industrie agricole; ce serait interdire l'usage de la viande, non pas à la classe ouvrière seulement, mais encore à une grande partie de la classe moyenne. Le vétérinaire Obermayer, qui, pendant treize années, a rempli les fonctions d'inspecteur des boucheries à Kaiserslautern, fixe le chiffre des bêtes non saines, dépecées dans les tueries de cette ville, à un quart de la totalité.

Voilà, messieurs, les faits tels qu'ils se passent aujourd'hui; ne perdons pas de vue que la question, qui nous a été soumise par le Gouvernement, a pour but d'augmenter, et non de restreindre la quantité de viandes versées sur les marchés de la Belgique. Par le rejet de la deuxième conclusion, vous arriveriez à une diminution de cette denrée alimentaire, et vous porteriez un coup fatal à l'industrie agricole. En l'adoptant, vous étendez à la classe ouvrière le bienfait d'une nourriture fortifiante; vous acquérez même une garantie qui n'existe pas aujourd'hui; car les chairs des animaux de cette catégorie formeront une classe à part, sous la dénomination de *viandes de basse boucherie.*

On a objecté la difficulté qu'il y aurait à constater la nature des maladies des animaux, destinés à la consommation : je comprends cette difficulté, lorsque, comme vous l'a dit M. Lombard, faisant allusion à la ville de Liége, les fonctions d'inspecteur des viandes sont confiées à un vannier ou à un cordonnier; mais si l'on charge des médecins-vétérinaires de ce service, l'objection n'a plus de fondement, puisque à la visite, faite pendant la vie, succèdera l'examen cadavérique.

La troisième conclusion énumère les cas d'exclusion : nous ne permettons pas de tuer, pour la consommation, les animaux atteints de cachexie aqueuse et de phthisie avancée, de clavelée, de ladrerie, de rage, de morve et de farcin, soit aigus, soit chroniques, de fièvres typhoïdes et charbonneuses, les bêtes empoison-

nées ; les cadavres de celles, qui ont succombé à une maladie ou à un accident, sont également exclus. Par cette énumération, nous donnons à entendre que les maladies non spécifiées n'apportent aucun obstacle au débit de la viande, du moment qu'elle a conservé sa fermeté, sa rougeur, qu'elle n'est pas noire, pâle, livide, flasque et infiltrée. Un homme de l'art n'aura aucune peine à constater ces diverses altérations.

Nous ne plaçons pas les cas désignés sur la même ligne; déjà nous nous sommes expliqués à cet égard dans le corps du rapport. Toutes les maladies, en effet, ne renferment pas en elles un principe toxique pour l'homme; il en est dont les animaux, qui en sont atteints, fournissent une viande dure, filandreuse, peu nutritive, indigeste, d'une saveur désagréable : ce sont ces propriétés qui rendent la chair malsaine et qui justifient l'exclusion. D'autres viandes deviennent dangereuses par l'élément contagieux qu'elles recèlent. Une troisième variété est inoffensive, mais une répugnance que nous respectons y est attachée; enfin les cadavres des animaux, qui ont péri par maladie ou par accident, répandent, après quelques heures, une odeur désagréable, repoussante.

De tout temps, on s'est préoccupé du danger qu'entraîne, pour l'homme, l'usage des chairs d'animaux malades ; plusieurs auteurs d'hygiène publique les proscrivent et veulent que la vente en soit interdite. Si nous exceptons les diverses formes du typhus charbonneux et l'intoxication, c'est en vain que nous cherchons des faits venant à l'appui de ces assertions. Les règles hygiéniques prescrites par les anciens législateurs de l'Asie, qui étaient intimement liées à la religion, ont peut-être exercé un grand empire sur un ordre d'idées qui a été transmis, avec le Christianisme, à l'occident de l'Europe.

En consultant les faits négatifs, on obtient des données plus certaines, et l'on apprend à connaître la juste valeur des craintes manifestées.

Pallas et les voyageurs qui ont visité le Nord de l'Asie rapportent que les Kalmoucks, les Tungusses, les Kirgish, les Tartares et d'autres peuples mangent les animaux morts par maladie.

Veith, ancien directeur de l'Institut vétérinaire de Vienne, dit qu'en Hongrie, où la rage canine est fréquente, les Zingaris ou Bohémiens sont à la piste des animaux mordus, chez lesquels l'hydrophobie se déclare : ils n'hésitent pas à les dépecer et à en consommer la viande. En 1778, suivant Asti, plusieurs personnes mangèrent la viande d'un porc enragé; tenues en observation, aucune d'elles, après dix-huit mois, n'avait éprouvé d'accident funeste de cette nourriture. Asti ajoute à ce fait plusieurs autres

semblables dont il n'a pas été témoin, mais qui lui ont été rapportés par des amis. Les Actes du Collége de santé du royaume de Wurtemberg renferment un grand nombre de faits de cette espèce, dont je passe les détails sous silence; tous tendent à prouver que la chair des bêtes enragées est inoffensive. A l'instant même, M. Evrard me passe une note, où je lis qu'il est à sa connaissance que quatre personnes de Dinant ont rôti un chien tué pour cause de rage, et qu'elles l'ont mangé, sans en éprouver le moindre mal. Je suis donc très-disposé à admettre, avec M. Lombard, quant à la rage, le vieil axiome : « Morte la bête, mort le venin. » D'ailleurs, les expériences de M. Hertwig, de Berlin, viennent confirmer les données précédentes; jamais il n'est parvenu à transmettre la rage à un chien, en lui faisant avaler la salive et le sang chauds d'un animal enragé, de la même espèce.

Malgré l'autorité de ces faits, je ne pense pas cependant qu'il puisse entrer dans l'idée de personne d'autoriser l'usage des chairs, fournies par les animaux atteints de la rage.

On redoute aussi le danger des viandes provenant des bêtes atteintes de fièvre typhoïde; l'opposition de quelques membres de la Compagnie est basée sur la difficulté qu'il y aurait à distinguer, à la première période, une inflammation franche d'une affection typhoïde. Supposons ces craintes fondées, et voyons si réellement il y a un péril à redouter de ce côté. Aux diverses époques où a régné le typhus contagieux, la grande mortalité du bétail, entraînant la disette et la misère, contraignit les classes pauvres à consommer les viandes des bêtes atteintes de cette maladie. Les défenses sévères, promulguées par les gouvernements européens, et les pénalités, furent impuissantes contre la faim; mais on acquit la conviction que ces chairs étaient inoffensives. On se relâcha de cette première sévérité, et la loi du 12 décembre 1799, votée par les Etats-généraux des Provinces-Unies, accorde, comme prime, l'abatage et la salaison d'un certain nombre de bêtes malades et suspectes, aux propriétaires qui dénoncent, à temps, l'invasion de la peste bovine dans leurs étables. En 1814 et 1815, la contagion se répandit en France par le parc d'approvisionnement des troupes alliées; la peste bovine ravageait les étables de la campagne de Paris; les hôpitaux de cette capitale étaient encombrés de typhisés. Les malades et les troupes de la garnison ne reçurent, pendant deux mois, d'autres viandes que celles prevenant des bestiaux malades abattus; sous l'influence d'une semblable nourriture, le typhus, loin de gagner en intensité, arriva à son déclin.

Une épizootie de clavelée, qui régnait, au siècle dernier, dans le Hanovre, attaqua les lièvres; le gibier varioleux n'en fut pas

moins exposé en vente; des centaines de personnes en mangèrent impunément. Ce fait s'est reproduit plusieurs fois dans les bergeries ravagées par la clavelée.

Au printemps de cette année, un grand nombre de vaches, appartenant à de pauvres journaliers des communes d'Elewyt, de Perck, de Campenhout, d'Eppeghem et de Vilvorde, ont été affectées d'une maladie, désignée par les campagnards sous le nom vulgaire de *wolf in den staart* (loup dans la queue). Elle débute par une carie centrale des vertèbres coccygiennes ; le mal gagne la base de l'organe, une fièvre adynamique se déclare, et est suivie de paralysie et de mort. Dès que la paralysie était confirmée, on tuait la bête et la viande était consommée sur place. Cette ressource a été la seule dont ont disposé plusieurs pauvres familles, à la sortie de l'hiver; si elle leur avait fait défaut, peut-être seraient-elles mortes d'inanition. Je demande aux membres de la Commission médicale de la province de Brabant, et à M. l'inspecteur du service de santé civil qui siégent dans cette enceinte, si des maladies extraordinaires se sont manifestées parmi les habitants de ces communes. Qui donc aurait le courage de prohiber l'usage d'une viande supposée malsaine, en présence de la faim qui tourmente le pauvre, alors qu'on n'a pas d'autres aliments à lui offrir en échange? Les journaux politiques ne nous ont-ils pas fait connaître que, dans les Flandres, les pauvres ont dévoré les cadavres des chevaux et des bestiaux que la maladie avait tués? Je ne pense pas que l'on s'avise d'attribuer à cette circonstance le typhus qui a moissonné la population de ces contrées.

J'ai reçu, il y a quelques jours, une brochure sur l'usage de la chair de cheval, publiée cette année par le docteur With (1), professeur à l'Ecole vétérinaire de Copenhague. Nous savons que, depuis environ un demi-siècle, des abattoirs publics, alimentés par les chevaux, existent en Danemarck; mais ce que nous ignorions encore, et la brochure mentionnée nous l'apprend, c'est une circulaire émanée du commissariat-général de la guerre, prescrivant aux chefs des corps de cavalerie et d'artillerie, de vendre, soit de la main à la main, soit publiquement, et à mesure qu'ils se présentent, tous les chevaux incapables de continuer leur service, ainsi que ceux atteints de maladies incurables, les affections contagieuses exceptées, afin de prévenir les mauvais traitements auxquels ces animaux pourraient être exposés : la vente doit se faire à la condition qu'ils seront livrés à la boucherie. On lit encore, dans cet opuscule, que depuis l'année 1810, la chair de

(1) *Om Hestekjods Afbenyttelse til Fode for Mennesket ved Levnetsmidlernesunværende hoie Priis.* Copenhague, 1847.

cheval entre dans la composition de la ration des prisonniers. Sans doute que, par suite de l'autorisation de 1820, la viande n'est pas toujours fournie par des chevaux parfaitement sains, et si des effets funestes eussent été la conséquence de cet aliment, il est à présumer que les médecins des prisons auraient élevé des réclamations. Le docteur With garde le silence à cet égard ; il conclut, au contraire, que, sauf la morve, le farcin, la rage et le charbon, aucune maladie de l'espèce chevaline ne s'oppose à ce que la viande soit livrée à la consommation. Celui qui fait cette déclaration est premier professeur d'une institution, qui est chargée de surveiller l'abattoir de Copenhague.

Permettez-moi, messieurs, de vous faire une dernière observation : le gibier poursuivi à la chasse, excité par la crainte des armes à feu et des chiens, ne se trouve pas, à beaucoup près, dans un état normal. Il est tué et on ne le saigne pas; cependant personne ne trouve sa chair malsaine, alors même qu'elle est faisandée. Pourquoi vouloir interdire au pauvre une nourriture moins altérée que celle qui alimente la table du riche?

Je maintiens donc la deuxième conclusion, que je crois avoir justifiée; elle n'est certainement pas trop large. Je prie mes honorables adversaires de ne pas se renfermer dans des généralités hypothétiques, mais de combattre les faits par les faits.

— *M. Craninx* : Je désire répondre à certains arguments que l'honorable M. Verheyen a fait valoir, et que je ne crois nullement propres à faire admettre la deuxième conclusion.

M. Verheyen a d'abord dit que beaucoup d'animaux livrés à la consommation sont atteints de maladies, et qu'à l'ouverture de leurs corps, on trouve des altérations des poumons, de la matrice, du foie, de la rate, etc. Nous savons tous, messieurs, que, chez les animaux comme chez l'homme, lorsqu'ils sont arrivés à un certain âge, lorsque leur corps a acquis un certain degré de développement, presque toujours l'un ou l'autre organe est souffrant ou malade. Je crois que personne n'a eu l'idée de pousser l'exigence jusqu'à vouloir rejeter la viande d'un animal qui serait dans un pareil état de santé, ou dans les organes duquel on trouverait, après qu'il a été abattu, un clou ou tout autre corps étranger. Il s'agit ici, en général, de lésions purement locales, qui n'exercent aucune influence sur la constitution, et ne produisent que peu ou point d'altération dans la composition des humeurs et dans celle des tissus organiques. Je suis de l'avis de l'honorable rapporteur, que vouloir exclure cette viande, ce serait aller beaucoup trop loin ; mais permettre de livrer à la consommation la chair provenant d'animaux atteints de maladies inflammatoires, c'est, selon

moi, donner une latitude qui n'est pas sans offrir de dangers.

Je sais qu'il ne s'agit plus que de maladies inflammatoires au premier degré. Mais, outre qu'il est souvent très-difficile de reconnaître quand une maladie est à sa première ou à sa seconde période, il est plus difficile encore de s'assurer si elle est franchement inflammatoire ou si elle est de nature inflammatoire et septique en même temps. Je crois que là est le principal danger. Il est connu qu'une foule de maladies septiques de mauvaise nature, de mauvais caractère, (et on vous a cité entre autres la fièvre charbonneuse), présentent une période inflammatoire. Je crois donc, messieurs, qu'il serait dangereux d'admettre la seconde conclusion, telle qu'elle a été rédigée par la Commission.

— *M. Martens* : Je voulais, messieurs, vous présenter quelques observations dans le sens de celles que vient de faire M. Craninx. Je voulais dire surtout qu'on a mal interprété ma pensée en croyant que je proposais d'exclure l'usage de la viande de tout animal qui présenterait, à l'ouverture du corps, quelques lésions d'organes. Ce n'est pas cette viande qu'il s'agit de proscrire, mais celle d'animaux dont la maladie est apparente durant la vie; car, remarquez-le, la vente du bétail se fait avant qu'il ne soit abattu; sa viande est déjà achetée, elle est dans le commerce; il ne peut donc être question de lésions qu'on découvrirait en le dépeçant.

M. le rapporteur propose lui-même de proscrire la viande des animaux atteints de fièvre typhoïde. Pourquoi alors n'étendrait-on pas la même mesure à la viande de ceux qui sont atteints d'une maladie inflammatoire à la première période, puisque la fièvre typhoïde, dans cette même période, peut être confondue avec la fièvre inflammatoire?

Tout ce que je demande, c'est qu'on ne livre pas à la boucherie des bêtes qui présentent des symptômes de maladie générale. Il ne s'agit pas d'affections locales qui ne se reconnaissent qu'à l'autopsie et n'offrent aucun danger; il est seulement question d'éloigner de la consommation la chair d'animaux, qui présentent des symptômes d'une maladie générale et propres à faire douter qu'elle soit de nature septique, comme la fièvre typhoïde, par exemple. Si l'on permet l'usage de la viande, provenant d'animaux affectés d'une maladie inflammatoire à la première période, on favorisera de graves abus, car il sera toujours très-difficile de constater si une maladie a dépassé cette période. Cela est difficile à reconnaître chez l'homme, et ce doit être bien plus difficile encore chez les animaux.

En résumé, messieurs, je n'ai voulu proscrire de la consomma-

tion que les animaux atteints d'une maladie générale, apparente pendant la vie.

— *M. Pétry* : Il ne s'agissait d'abord que de l'usage de la viande de cheval; maintenant la discussion s'étend à la chair d'animaux qu'on livre à la boucherie. C'est, si je ne me trompe, l'honorable M. Lombard qui l'a portée sur ce terrain. Cette question intéresse de très-près la santé de l'homme, et à ce titre elle mérite d'être sérieusement examinée. Je prie mes honorables collègues de vouloir bien me prêter quelques instants d'attention, car j'ai à leur communiquer des faits qui, j'ose l'espérer, sont de nature à éclairer la discussion.

Les faits consignés dans les auteurs sur le danger qu'il y aurait ou non, pour la santé publique, à faire usage de viandes provenant d'animaux malades, sont contradictoires. Ainsi, le physicien Arcani, de Milan, s'appuyant sur un grand nombre de faits et d'autorités, rapporte que, lors de l'épizootie de 1714, la viande des animaux malades servit de nourriture à l'homme, sans qu'il en résultât aucun mal. Dans une épizootie de *glossanthrax*, les médecins de Genève, se basant sur les faits, ont décidé que le lait de vaches malades n'était pas nuisible. M. Huzard, dans un Mémoire écrit en 1789, rapporte qu'il régna vers cette époque une épizootie sur les vaches laitières de plusieurs départements de France, que les animaux malades furent livrés aux bouchers, et qu'on ne fit aucune différence de leur viande d'avec celle des bêtes saines. En 1814, il régna une épizootie aux environs de Paris, et les troupes alliées consommèrent, sans accident, la viande des animaux malades.

Mais à ces faits, qui paraissent incontestables, des hommes d'un mérite éminent, et qui considèrent comme dangereux l'usage de telles viandes, opposent d'autres faits aussi nombreux et non moins probants. Ainsi, le père Kircher affirme qu'en 1617 une angine gangréneuse se communiqua des bœufs aux personnes qui s'étaient nourries de leur chair. Schenkius raconte qu'on attribua une dyssenterie qui régna à Padoue et à Venise, en 1559, à l'usage que le peuple avait fait de la chair de quelques bœufs malades, amenés de Hongrie. MM. Paulet, Brasier et autres, ont consigné dans leurs écrits que les bœufs du Vivarais, étant attaqués, en 1745, d'une épizootie avec gangrène des viscères, un boucher eut l'imprudence de distribuer la viande de ces animaux malades aux soldats du régiment de Bavière, en garnison en cette ville, et que tous ceux, qui en mangèrent, éprouvèrent de la fièvre, des étourdissements, eurent la diarrhée et même la dyssenterie. M. Barberet a observé à l'île Minorque que, durant une épizootie

charbonneuse, beaucoup de bouviers, qui avaient fait usage de la viande d'animaux malades, furent affectés de fièvre maligne avec grangrène aux coudes et aux talons. M. Bertin, lors d'une épizootie à la Guadeloupe, en 1774, a vu périr un assez grand nombre de nègres, pour avoir mangé de la viande provenant de bœufs malades. Enfin, MM. Enaux et Chaussier assurent qu'un homme vigoureux périt avec tous les symptômes d'une violente inflammation de l'estomac, à la suite de l'usage de viandes provenant d'une vache morte du charbon.

Il n'est pas moins certain que le lait, provenant de vaches laitières attaquées de certaines maladies, de l'épizootie aphtheuse entre autres, est assez souvent funeste aux personnes qui en font usage. D'après les intéressantes observations de Michel Sagar, en Moravie, presque tous les religieux d'un couvent furent atteints, en 1764, de la maladie aphtheuse, après avoir fait usage du lait de vaches malades. Berbier a observé la même chose dans le département du Rhône, en 1811 ; il ajoute même que les porcs, nourris du lait altéré, furent affectés de la même maladie. Gohier a vu à Lyon un homme tourmenté d'une forte diarrhée, pour avoir bu le lait d'une vache atteinte de maladie charbonneuse; la même chose arriva en 1809, à Lyon, à cinq personnes d'une même famille, qui avaient employé dans leur café le lait d'une chèvre attaquée d'un charbon à la mamelle. Enfin, de nouvelles expériences, faites en Allemagne, semblent fortifier l'opinion de Michel Sagar. En 1834, durant un épizootie aphtheuse qui régnait dans ce pays, les vétérinaires Wendenburg, Filgner et Lehnhard, observèrent plusieurs cas de transmission de la maladie à l'homme, par l'usage du lait. MM. Hertwig, savant professeur à l'École vétérinaire de Berlin, Villain et Mann, ont expérimenté sur eux-mêmes : tous trois, en état de santé parfaite, prirent, le 26 juillet 1834, une pinte de lait frais et encore chaud, provenant d'une vache gravement affectée de la maladie aphtheuse ; ils la burent lentement, et répétèrent la même expérience les 27, 28 et 30. Ces trois expérimentateurs éprouvèrent, peu de jours après, de la fièvre, des maux de tête, de l'inquiétude dans les membres, et des pustules plus ou moins nombreuses qui apparurent dans la bouche, les empêchèrent de parler, de mâcher et d'avaler la salive sans douleur. J'ajouterai enfin que j'ai vu, dans le courant de décembre 1842, chez un de mes clients, cinq veaux et onze gorets périr à la suite de l'usage qu'ils avaient fait du lait de vaches attaquées de l'épizootie aphtheuse. Ces réflexions sur le lait ne sont présentées ici que pour démontrer que non-seulement la viande d'animaux malades, mais encore les liquides, tels que le sang, le mucus,

le lait, etc., peuvent, dans quelques cas, mis en contact avec les organes de l'homme, amener des désordres dans la santé.

Les faits que je viens de rapporter sont, pour la plupart, tout aussi authentiques que ceux qui constatent que des populations entières auraient mangé sans accident de la viande provenant de bestiaux malades ; par conséquent, l'axiome des anciens, « Morte la bête, mort le venin, » n'est pas rigoureusement vrai.

De quoi dépendent donc ces différences? Il me paraît qu'elles peuvent être rapportées : 1° à la nature et au degré des maladies mêmes dont le bétail est atteint; 2° à la constitution médicale régnante ; 3° au climat.

Ainsi, autant la viande d'animaux atteints du typhus, qui règne fréquemment à la suite des armées, paraît innocente pour l'homme qui s'en nourrit, autant est mortelle ou tout au moins très-dangereuse celle qui provient d'animaux attaqués de fièvre charbonneuse (1), de pustule maligne ou d'affections gangréneuses.

Si, en certains temps, l'usage de la viande d'animaux malades ne produit pas chez l'homme des accidents, ne peut-il pas les produire sous l'influence de certaines conditions de l'atmosphère? Peut-on nier complétement les constitutions médicales? Ne sait-on pas que telle cause n'exerce aucun effet nuisible à certaines époques, tandis qu'elle détermine, en d'autres temps, les maladies les plus graves?

Je viens d'expliquer les causes probables de la divergence d'opinions, qui divise des hommes également recommandables, sur la question d'innocuité ou de nocuité des viandes provenant d'animaux malades ; je rappellerai, avant de terminer, une question sur laquelle, selon moi, chacun doit être d'accord ; c'est celle de savoir : 1° si l'usage de ces viandes ne peut pas, à la longue, donner lieu, chez l'homme qui s'en nourrit, au développement d'rritations gastro-intestinales, dont la marche lente, insensible ne détermine pas tout d'abord un dérangement notable dans l'économie, mais qui n'en sont que plus dangereuses, puisqu'elles minent les constitutions les plus robustes, à l'insu du malade; 2° si ces viandes jouissent au même degré des qualités nutritives qu'on retrouve dans celles provenant d'animaux sains.

Au surplus, je ne pense pas, avec quelques personnes, que la cuisson puisse rendre salubres les viandes altérées, puisque celles qui furent mangées, dans les cas malheureux que j'ai cités, avaient également subi cette préparation.

(1) On sait que le charbon est endémique dans plusieurs localités de notre pays, particulierement dans le canton de Herve, où il sévit actuellement avec beaucoup d'intensité.

Si même il était rigoureusement démontré que la chair d'animaux malades n'est nuisible que lorsqu'elle n'est pas cuite, devrait-on moins en défendre l'usage, quand on réfléchit qu'une foule de viandes, préparées chez les marchands de comestibles et les charcutiers, sont vendues aux consommateurs et mangées par eux, sans avoir passé par la cuisson? De ce nombre sont les saucissons secs dits de Boulogne, ainsi que certains jambons et autres pièces de viandes fumées.

Je ne puis me dispenser d'appeler l'attention de l'Académie sur les observations toutes récentes, rapportées par M. le docteur Delassiauve, desquelles il résulte évidemment que la viande *cuite* a produit, dans plusieurs circonstances, une foule d'accidents graves, et même la mort (1).

Enfin, il résulte des observations du docteur Wagner, faites à différentes époques (2), que l'on peut résoudre d'une manière affirmative cette question restée si longtemps douteuse. En juillet 1834, sur quatorze personnes malades pour avoir fait usage de viandes provenant d'animaux atteints *du typhus charbonneux*, quatre périrent quelque temps après dans les angoisses les plus atroces. De ces quatorze personnes, la plupart jeunes et vigoureuses, quelques-unes offrirent la *pustule maligne* sur l'une ou l'autre région du corps; toutes éprouvèrent de la lassitude, de la pesanteur dans les membres, des convulsions, des vertiges, de la céphalalgie, un froid glacial de tout le corps, et des vomissements plus ou moins répétés.

Il y a plus, c'est que le résidu de la graisse fondue des animaux infectés fut jeté dans le manger de deux porcs, de deux chiens et de deux chats, qui tous crevèrent en se roulant sur l'herbe *fraîche* qu'ils semblaient rechercher comme pour se soulager.

Je conclus donc que, dans l'état actuel de la science, 1° toute viande cuite, provenant d'animaux malades ou morts de maladies réputées contagieuses, peut porter atteinte à la santé de ceux qui en font usage; 2° l'usage de toute viande, provenant d'animaux malades ou morts de maladies non contagieuses, peut être considéré comme susceptible de porter préjudice à la santé, lorsque ces maladies sont arrivées à un degré très-avancé; 3° cette viande, nécessairement altérée par suite de la maladie dont le bétail était atteint, est en outre moins nutritive et moins réparatrice; 4° il serait urgent de créer un système complet de surveillance du bétail, ayant pour but la visite de l'animal avant et après l'abatage; 5° il serait utile, dans l'intérêt de la salubrité publique, de

(1) Voyez *Encyclographie des sc. méd.*, tome V, 4e série, pag. 252.
(2) Ouvrage cité, tome XXXI.

défendre le colportage de viandes dépecées, attendu qu'elles ne peuvent être soumises à l'inspection sanitaire.

— *M. Mascart* : Les observations, présentées par MM. Craninx et Pétry, abrégent la tâche que je m'étais imposée. Je me bornerai à exposer les motifs purement pratiques qui me portent à combattre la proposition soumise à notre examen.

L'honorable M. Verheyen a parlé, dans son rapport, de l'utilité qu'il y aurait à régulariser la vente de la viande provenant d'animaux malades. Je comprends, messieurs, qu'en nommant des inspecteurs pour l'abatage, et des inspecteurs des boucheries, on parviendrait, dans les villes, à donner au public la garantie qu'il consomme de la viande de bonne qualité, mais il n'en serait pas de même dans les campagnes ; là, de graves abus se produiraient, car, en tout ce qui concerne l'hygiène publique, les administrations locales sont d'une négligence inqualifiable. Quelle que fût la sévérité des règlements à intervenir, ces règlements ne seraient qu'une lettre morte, et si l'on n'y tenait la main, les viandes les plus dégoûtantes seraient introduites dans les villes. Je pourrais entrer à cet égard dans des détails qui seraient de nature à vous surprendre. M. Verheyen nous a dit ce qui se passe à l'équarrissage de Molenbeek-Saint-Jean ; je pourrais vous signaler des faits bien autrement scandaleux qui se sont passés dans d'autres communes, voisines de la capitale. Je pense, d'ailleurs, que, dans la question qui nous occupe, il faut tenir compte des préjugés généralement existant, et ces préjugés sont plus invétérés qu'on ne le pense peut-être ; ils s'étendent même à la viande d'animaux qui ont succombé à un simple accident. Ainsi, qu'une vache vienne à se fracturer un membre, le propriétaire est obligé de la vendre à vil prix ; c'est un fait que j'ai eu fréquemment l'occasion d'observer. De la viande dont on obtiendrait cinquante centimes la livre, si l'animal eût été abattu dans des conditions ordinaires, ne se vendra plus que vingt centimes si l'animal est mort par accident. Voilà, messieurs, l'effet des préjugés dont je viens de parler.

Est-ce à dire qu'il faille s'incliner devant ces préjugés ? Non, messieurs, car si on voulait les respecter d'une manière absolue, on serait amené, ainsi que M. Verheyen l'a fait observer, à restreindre singulièrement tous les objets offerts à la consommation ; on irait jusqu'à ne plus permettre l'usage de la viande des bestiaux engraissés dans les distilleries, car ils ont presque tous des abcès dans les poumons. Ces abcès se développent d'une manière plus ou moins latente, ils restent ignorés, et, ne peuvent, par conséquent, inspirer le dégoût ; il n'en serait pas de même si l'on vendait

la viande d'animaux qui ont notoirement succombé à des maladies inflammatoires.

En résumé, je pense que l'autorisation de débiter de la viande, provenant d'animaux malades, serait accueillie avec dégoût, peut-être même avec indignation ; dès lors, le but philanthropique, que le Gouvernement paraît avoir en vue, serait complétement manqué.

— *M. Lombard* : Je dois d'abord faire une réflexion sur la marche que la discussion a prise. Les uns examinent la question dans son principe, les autres dans ses conséquences. Il me semble que nous devons abandonner complétement cette dernière partie ; laissons la question des conséquences à ceux qui feront les règlements de police. Pour nous, qu'avons-nous à examiner ? Le point de savoir si les viandes provenant d'animaux malades peuvent communiquer, à l'homme qui les mange, la maladie dont ils étaient atteints, ou d'autres affections.

Je commencerai par vous faire remarquer, messieurs, que l'honorable rapporteur a beaucoup restreint la tâche que je m'étais imposée, car tout ce qu'il a dit aujourd'hui est conforme à ce que j'ai avancé dans la séance précédente. Il reste deux choses : les uns prétendent que la deuxième conclusion du rapport (je n'ai pas à parler de la première, sur laquelle tout le monde est d'accord) est trop large ; les autres, et je suis de ce nombre, sont d'avis qu'elle est restreinte. Je pense que l'ancien adage : « Morte la bête, mort le poison, » n'a, jusqu'à présent, subi aucune atteinte, c'est-à-dire qu'il n'existe aucune observation bien authentique dont on puisse conclure que les anciens, qui étaient aussi bons observateurs que nous, se soient trompés à cet égard.

La deuxième conclusion est formulée en ces termes : « Les chevaux et les bêtes de boucherie, affectés de maladies inflammatoires, peuvent être abattus pour la boucherie, pourvu qu'on prenne la précaution de les faire mourir exsangues. » J'admettrais cette conclusion, si je ne pensais qu'elle est trop restreinte, et on la restreint encore davantage en ajoutant « à la première période. » J'ai déjà fait remarquer qu'il est difficile de distinguer la première période de la deuxième, et je soutiens que, quand l'animal est mort exsangue, la viande qui en provient peut être mangée, sans que l'on ait rien à craindre pour la santé ; je vais plus loin, car sans vouloir contester ce qui est reconnu par tout le monde, que la viande qui ne contient pas de sang est plus agréable au goût et se conserve mieux que celle provenant d'un animal mort sans avoir été saigné, je dis que l'on peut encore livrer cette dernière à la consommation, lorsqu'un concours de circonstances fâcheuses empêche l'évacuation des vaisseaux sanguins avant la mort. En effet,

il s'agit ici de maladies inflammatoires, et comme le sang, dans ces affections, ne pèche que par excès de l'élément fibrineux, nous croyons que ce principe ne peut, ingéré dans les voies digestives, apporter aucun trouble dans les fonctions. Il n'y aurait alors qu'une seule précaution à prendre, celle de livrer de suite la viande à la consommation : je pense que cette viande est aussi bonne et aussi saine que l'autre; seulement elle est moins délicate et se putréfie plus tôt.

L'importance de l'objet en discussion me fait regretter que les conclusions du rapport soient formulées d'une manière trop générale. Ainsi, dans la troisième conclusion, diverses maladies qui sont indiquées sont soumises à une règle générale. Je pense, moi, qu'il faut les examiner, soigneusement et une à une, parce que s'il en est qui exigent que la chair, provenant de l'animal qui en a été atteint, soit détournée de la consommation, il en est beaucoup d'autres qui ne peuvent, en aucun cas, la rendre impropre à l'alimentation de l'homme.

Dans les observations qu'il a soumises à la Compagnie, l'honorable M. Pétry est sorti de la question. D'abord, il nous a rapporté que des viandes de charcuterie avaient été mangées par une famille, dont tous les membres furent dangereusement malades. A cet égard, messieurs, il n'y a pas la moindre contestation ; on sait que les viandes, qui ont été mal assaisonnées, peuvent subir une altération très-prononcée et se putréfier ; certains chimistes croient qu'il s'y développe un acide particulier ; quelques-uns ont dit que c'était l'acide hydrocianique. Quoiqu'il en soit, le fait est constant, ces viandes sont nuisibles, et il y a des centaines de cas qu'on pourrait citer où elles ont causé des accidents graves, quelquefois même funestes. Mais les faits de l'espèce n'ont aucun rapport avec la question qui nous occupe; aussi n'ai-je pas dit que la viande de charcuterie ne pouvait pas être nuisible; j'ai dit que la chair des animaux malades ne communique pas la maladie à l'homme qui en fait usage, comme aliment.

Depuis, M. Pétry a rapporté plusieurs faits, parmi lesquels un seul m'a paru avoir été constaté d'une manière convenable ; mais quand on considère combien il est difficile de savoir si tel phénomène morbide appartient à telle cause ou à telle autre, on doit suspendre toute décision sur la valeur de ces faits, jusqu'à ce qu'ils aient été constatés d'une manière plausible.

M. Pétry n'a d'ailleurs pas toujours professé la même opinion. Il y a quelques années, la question qui nous occupe était soulevée devant le Conseil communal de Liége. M. Pétry, aux lumières duquel j'eus recours, partageait alors les opinions que je défends

aujourd'hui; il eut la bonté de me procurer des ouvrages, dans lesquels étaient insérés une foule d'observations et de faits favorables au principe que je crois vrai.

Dans l'un de ces ouvrages, il s'agissait de bœufs mal menés qui avaient été conduits, je crois, à Mayence ou à Strasbourg. Ces bœufs, qui étaient en grand nombre, furent atteints du typhus. Cependant toute la garnison fut nourrie, durant le siége de la ville, avec la chair de ces animaux, et les soldats se conservèrent en bonne santé. Ce fait n'est pas isolé, on en cite beaucoup d'analogues.

Depuis lors, les hommes, qui se sont occupés d'hygiène publique, ont-ils changé d'avis? Non, messieurs, et ici, je crois qu'il est à propos de vous lire un passage d'un ouvrage publié, en 1846, par un médecin qui s'est occupé spécialement de la salubrité dans les grandes villes. Voici ce que nous dit M. Monfalcon (1) :

« Jusqu'à quel point peuvent être nuisibles à la santé publique les chairs d'animaux morts de maladies contagieuses, de chevaux atteints de la morve, de vaches phthisiques, de bœufs qui avaient eu le charbon, de volailles et de porcs nourris avec les débris de chevaux fréquemment malades, qui sont abattus dans nos ateliers d'équarrissage? Cette question a été débattue, à diverses époques, par les Conseils de salubrité. Plusieurs membres se sont prononcés avec chaleur contre ces viandes plus que suspectes, et ont cité des observations qui feraient démontrer le danger de leur usage; d'autres membres ont soutenu l'opinion contraire, en produisant des faits bien plus authentiques et infiniment plus nombreux. On sert sur nos tables du gibier qui a éprouvé un commencement de fermentation putride; son usage n'a pas d'inconvénients. Des observations très-nombreuses, irrécusables, et recueillies par des hommes dont le nom est une garantie, démontrent qu'on peut manger impunément de la chair d'animaux, morts enragés ou d'épizooties contagieuses. M. Huzard fils fait observer que le typhus n'a point empêché de consommer, à Paris, presque tous les animaux qui ont été attaqués, par milliers, de 1814 à 1817. On sait, depuis un temps immémorial, que la chair des vaches phthisiques est entièrement inoffensive. Si une même famille mangeait exclusivement, toujours et longtemps, de la viande provenant de bestiaux morts de maladies contagieuses, on comprend, dit M. Huzard, que des accidents pourraient survenir à la longue, mais on n'en fait guère usage que par exception. Nous rapportons, au reste, ces faits, non pour conseiller la consommation de viandes suspectes, mais pour dissiper les craintes que leur emploi aurait

(1) *Traité de la salubrité dans les grandes villes*; Paris, 1846, page 299.

pu causer. Il n'est guère que deux espèces de viandes dont l'interdiction doive être absolue : celles qui sont gâtées et celles qui proviennent d'animaux morts du charbon. Il résulte aussi des recherches de la Commission du Conseil de salubrité de la Seine, que l'usage alimentaire de la viande de chevaux morts de maladie contagieuse, quelle qu'en soit l'espèce, n'a aucun inconvénient pour la santé ; la cuisson détruit tout ce qu'il y a d'insalubre. »

Vous voyez, d'après cela, messieurs, qu'il est important de s'occuper de la question, et qu'elle ne peut être tranchée rapidement. L'opinion, que va émettre l'Académie, dirigera nécessairement le Gouvernement dans les mesures qu'il aura à prendre ; et ici il y a plusieurs écueils. Si on livre à la consommation des viandes qui peuvent nuire, un mal grave en résultera ; si, au contraire, nous faisons exclure celles qui peuvent devenir utilement la nourriture de l'homme, des inconvénients, aussi très-graves, en seront la conséquence, la viande augmentera de prix, et déjà bien des malheureux en sont presque toujours privés.

Je pense donc que la seconde conclusion doit être maintenue telle qu'elle se trouve dans le rapport, sans y ajouter « à la première période, » sinon qu'on me prouve que les viandes provenant des animaux atteints de maladies inflammatoires, quelle qu'en soit la période, sont nuisibles. Jusqu'à présent on n'en a rien fait ; il ne s'est agi que de circonstances prévues dans la troisième conclusion. Ainsi, M. Pétry vous a parlé des maladies charbonneuses, dont il n'est pas question dans la seconde conclusion, sur laquelle je prie la Compagnie de porter son attention, car c'est sur elle que nous allons être appelés à voter. Il ne faut pas déplacer la question ; il ne s'agit dans la deuxième conclusion que de maladies inflammatoires, et nullement d'affections charbonneuses.

Si par impossible, messieurs, il arrivait que l'on pût démontrer que les maladies virulentes des animaux peuvent se communiquer à l'homme, nous serions dans la position la plus malheureuse du monde ; je dis la plus malheureuse, car j'ai une objection à faire à l'honorable rapporteur qui le prouvera. Il a dit : « Dans les boucheries, les hommes experts examinent les viscères, jugent si l'animal est malade. » D'accord ; bien souvent les lésions anatomiques sont là pour attester si l'animal était malade. Mais là n'est pas la difficulté ; la voici : des viandes sont présentées aux hommes les plus capables ; les unes proviennent d'animaux morts du typhus ; les autres, d'animaux morts de la rage ; d'autres, d'animaux sains. Eh bien ! je les défie de distinguer à quelle catégorie il faut rapporter ces viandes.

Ainsi donc, s'il est possible que les maladies virulentes des animaux se transmettent à l'homme qui se nourrit de la chair de ces derniers, nous sommes, comme je l'ai dit, dans la position la plus malheureuse; car, il y aurait impossibilité, dans le plus grand nombre des cas, de savoir si une viande peut être mangé sans danger.

Je crois, messieurs, que personne ne répondra à cet argument; que nul ne dira : « Je suis capable de distinguer si une viande provient d'un animal qui a succombé à une maladie virulente, ou d'un animal sain. » Je défie d'arriver à la solution de ce problème. Or, donc, si l'on ne peut, à l'inspection des viandes, reconnaître si elles peuvent communiquer des maladies à ceux qui les mangent, j'ai eu bien raison de dire, qu'il serait plus dangereux d'assister à un grand dîner qu'à une grande bataille.

— *M. Raikem :* On a signalé des faits, sur lesquels on semble vouloir s'appuyer pour autoriser la vente de la chair d'animaux morts de maladies inflammatoires contagieuses, mentionnées dans le rapport; il doit donc m'être permis de les rencontrer.

On a prétendu qu'il existe des faits authentiques qui prouvent que les maladies des animaux ne se transmettent point à l'homme: mais, messieurs, vous savez tous ce qui en est de la morve. Je sais bien que la chair des chevaux atteints de cette maladie, lorsqu'ils ont été abattus, peut servir impunément à l'alimentation des porcs, mais il n'en est pas moins vrai que, pendant la vie, la morve se transmet du cheval à l'homme. En ce qui concerne les affections charbonneuses, des faits nombreux et irrécusables attestent que la viande des bœufs, qui en étaient atteints, a transmis la maladie aux personnes qui en mangèrent. J'ai ici entre les mains un rapport qui a été rédigé au nom du Conseil de salubrité publique de Liége, à la demande de l'autorité provinciale, et dans lequel sont démontrées les propriétés toxiques des viandes, provenant de bestiaux atteints de maladies charbonneuses. Des bœufs morts de maladies épizootiques, enfouis dans la terre, ont été déterrés au bout d'un certain temps. On a fait, avec les fluides et les gaz contenus dans leurs intestins, des expériences sur des animaux sains, auxquels on a ainsi transmis la maladie ; ces faits sont connus, car ils sont consignés dans plusieurs ouvrages, et notamment dans le Traité de médecine légale de Fodéré.

L'ancienne Société de médecine de Paris, consultée, en 1780, par l'envoyé de Malte, sur le danger des inhumations dans les églises, fit un rapport (1), dans lequel Poissonnier, Lorry, Geoffroy, Macquer, Desperrières, Dehorne, Michel et Vicq-d'Azyr compa-

(1) Voir le *Journal de médecine,* publié par Leroux, t. XXXIX, p. 157.

rèrent les miasmes contagieux aux molécules odorantes qui s'exhalent des animaux, et disent qu'on ignore combien de temps elles conservent leur force et survivent à l'individu qui en a été le foyer ou la victime, mais qu'on sait que la durée de la contagion est très-longue. Ils citent un grand nombre d'exemples très-frappants de contagion après un long laps de temps, non-seulement par le contact des corps de ceux qui avaient succombé, mais encore par celui de substances imprégnées de ces virus.

Je citerai encore les faits suivants : le fossoyeur de Chelwood, dans le comté de Sommerset, ouvrit, le 30 septembre 1752, une sépulture dans laquelle on avait déposé, trente ans auparavant, le corps d'un homme mort de variole, renfermé dans un cercueil en bois de chêne ; celui-ci était encore bien conservé, mais l'ouvrier en ayant endommagé le couvercle, il s'en éleva tout à coup des exhalaisons d'une fétidité extrême. Parmi un grand nombre de personnes présentes à l'exhumation, quatorze d'entre elles furent atteintes de variole peu de jours après, et tous les habitants de la contrée qui n'avaient pas eu la petite vérole en furent affectés, à l'exception de deux. La maladie se propagea également dans les pays environnants, où s'étaient rendus des individus qui avaient assisté à l'exhumation.

Le corps de Mme C. J..., qui était morte de variole, fut enterré dans l'église de Corbie. Un an après son inhumation, on lui érigea un tombeau, et en le posant, on dut nécessairement soulever la pierre qui recouvrait le caveau sépulcral. Le cadavre était renfermé dans un cercueil de plomb qui gisait dans la terre, à la profondeur d'un pied seulement. Le cercueil ayant, par mégarde, été percé, il en sortit aussitôt une vapeur qui tua un maçon ; plusieurs personnes présentes, l'architecte Lory, entre autres, qui a lui-même décrit les circonstances de cet événement, s'évanouirent et furent atteintes de la petite vérole. Ces faits sont cités dans le rapport que j'ai mentionné tout à l'heure et dans le traité de police médicale de J.-P. Frank.

Voilà, messieurs, des faits qui prouvent qu'après la mort, le venin n'est pas toujours détruit, anéanti, ainsi que l'a avancé l'honorable M. Lombard. Les annales de la science en renferment encore une foule d'autres attestant que les cadavres d'animaux, ayant succombé à des maladies épizootiques, ont propagé ces maladies par la contagion. Je sais bien que la viande d'animaux malades a été, dans certains cas, mangée impunément ; je ne nie pas les faits de ce genre ; mais il ne faut pas pour cela repousser ceux qui prouvent le contraire, et il doit suffire aux médecins, chargés de veiller à la santé publique, qu'il existe des exemples de cette der-

nière catégorie, pour proscrire de la nourriture de l'homme la chair d'animaux atteints de maladies épizootiques et charbonneuses.

L'honorable M. Lombard, pour faire prévaloir l'opinion de M. le rapporteur, a soulevé quelques propositions importantes. Il a dit que l'inflammation ne peut pas déterminer de graves modifications dans la viande, qu'il en résulte uniquement une augmentation de fibrine; il a dit aussi qu'on ne peut pas différencier entre elles la viande provenant d'animaux malades et celle d'animaux sains.

Nous savons, messieurs, que les maladies inflammatoires ont pour conséquence l'augmentation, dans une certaine proportion, de la fibrine; mais M. Lombard ne doit pas ignorer qu'il entre dans la composition du sang beaucoup d'autres éléments : on en compte aujourd'hui cinquante-quatre. Que savons-nous dès-lors, des modifications, des altérations que l'inflammation peut produire dans le sang? Ce que nous savons est loin de suffire pour résoudre la question qui nous est soumise. Il est très-probable que l'inflammation produit autre chose qu'une certaine augmentation de la fibrine, d'autres modifications dans la composition des organes solides et de l'organe fluide, ou le sang. Ainsi, messieurs, cette proposition n'a aucune valeur.

L'honorable M. Lombard a dit ensuite : « Je vous défie de distinguer la viande provenant d'un animal malade de celle d'un animal sain. »

Eh bien! M. Lombard a fait beaucoup d'autopsies, il a manié beaucoup d'organes et notamment la chair; il a fait, surtout, l'ouverture de cadavres d'individus qui avaient succombé à la fièvre typhoïde. Je ne crains pas de lui dire que, lorsqu'on me présentera, peu de temps après la mort, le cadavre d'un individu qui a succombé à la péripneumonie, à la phthisie, etc., et celui d'une personne morte de la fièvre typhoïde, dans la majeure partie des cas, je pourrai, avec quelque vraisemblance, et en m'en rapportant à la modification produite par la maladie dans la composition des chairs, distinguer quels sont les tissus musculaires, quels sont les organes de l'un et de l'autre. Je reviens à ma première objection, et je dis que, si de semblables modifications se produisent dans la composition des organes de l'homme, il doit en être de même pour les animaux.

—*M. Martens :* Je n'ai que quelques observations à faire au sujet de certains arguments qui ont été produits tout à l'heure.

On a dit que les maladies des bestiaux ne se communiquent pas généralement à l'homme, et que, par conséquent, il n'y a pas grand danger à faire usage de la viande d'animaux malades. Cela peut être vrai pour la plupart des maladies, mais non pour toutes indistinctement; je ferai remarquer qu'on ne proscrit pas l'usage de la viande dont il s'agit, de crainte qu'elle ne communique, à celui qui

la mange, la maladie de l'animal dont elle provient; ce que l'on craint, c'est que cette viande soit insalubre, donne lieu à des accidents quelconques, n'ayant peut-être pas le moindre rapport avec l'affection dont l'animal était atteint.

On a dit aussi qu'on ne pouvait pas distinguer la viande d'animaux sains, de celle d'animaux malades, et que dès lors on ne devait pas interdire l'usage de cette dernière. Je pense, moi, que c'est précisément à raison de cette difficulté que je considère, en effet, comme très-grande, qu'il faut défendre de livrer à la boucherie la viande provenant d'animaux malades. Puisque le consommateur ne peut pas être juge de la qualité de la viande qu'on lui vend, il faut empêcher d'abattre, pour la consommation, les animaux atteints de maladie.

On a ajouté, messieurs, que beaucoup de faits prouvent que la chair d'animaux malades ne présente, en général, aucun danger pour le consommateur lorsqu'elle est cuite. Cela est très-vrai, je suis le premier à le reconnaître; lorsque la viande a subi une torréfaction convenable, elle ne peut plus recéler de germe particulier de maladie. La torréfaction dénature complétement la viande; si celle-ci contient des principes nuisibles, elle les détruit; mais on en mange quelquefois qui n'a pas été convenablement torréfiée, qui ne l'est qu'à la surface : c'est le cas des *beefsteaks*, qui ne sont bons que lorsqu'ils sont préparés de cette manière. Eh bien! c'est précisément parce que je n'ai pas mes apaisements sur le degré de torréfaction que la viande reçoit, que je combats l'usage de celle provenant d'animaux malades.

On nous a également fait remarquer qu'en proscrivant cette viande, pour la consommation, on pourrait amener le renchérissement d'un aliment fortifiant, au grand détriment des classes inférieures. Je ne crois pas qu'il y ait quelque chose à craindre sous ce rapport, puisqu'il s'agit uniquement des animaux atteints de maladies générales, de maladies apparentes avant l'autopsie, et que le nombre des bestiaux, refusés de ce chef, ne sera jamais considérable.

Quant à autoriser le débit de la viande d'animaux atteints d'affections inflammatoires à la première période, je pense que ce serait permettre de livrer à la boucherie tous les bestiaux malades indistinctement; car on parviendrait toujours à faire passer leurs maladies, comme étant de nature inflammatoire et à la première période. C'est là que je vois le danger, et c'est pour l'éviter qu'il serait prudent de proscrire de la consommation tout animal, atteint d'une maladie bien apparente, bien manifeste.

— *M. Raikem :* Je vous ai parlé d'expériences, faites à Paris, pour examiner la question de la propagation de la contagion par les cadavres d'animaux ayant succombé à des maladies épizooti-

ques et enfouis dans la terre. Je dois vous rappeler que la Commission, qui institua ces expériences, était composée des médecins les plus célèbres. Vicq-d'Azyr, voulant savoir combien de temps les dépouilles de ces animaux conservent la propriété de propager la contagion, prit, à cet effet, à Montréal, dans des fosses où étaient enterrés, depuis trois mois, des bœufs morts de l'épizootie, des morceaux de peau et de chair de ces animaux, et les introduisit dans des blessures faites à des animaux sains, qui furent aussitôt infectés de la maladie ; il perdit ainsi deux vaches. Le même auteur tentant l'inoculation de diverses portions cadavériques, à l'effet de savoir quelle est celle qui donne plus promptement la mort, trouva que les gaz sortant du ventre et des intestins, recueillis dans des vessies et introduits dans les narines des bêtes saines, au moyen d'un tube, ou en faisant crever la vessie sous leurs naseaux, les faisaient périr au bout de dix, douze ou quinze jours. Les mêmes gaz dissous dans l'eau de la boisson, et du pain trempé dans du sang ou de la bile infectés, donnaient également la maladie. Le pus, la salive, les mucosités, sortis du corps des animaux malades, pendant la vie comme après la mort, ne sont pas moins redoutables, ainsi que l'herbe, le foin, la paille, etc., qui les ont reçus.

Je me rappelle un autre fait, relativement à la contagion de certaines maladies ; c'est celui cité par M. Guérard, dans sa thèse pour le concours de la chaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris publiée en 1838, de deux fossoyeurs qui, ayant déterré le cadavre d'un homme mort, depuis dix ans, de la petite vérole, furent eux-mêmes attaqués de cette maladie, qui prit chez eux un caractère de malignité.

Des faits semblables sont rapportés par Fodéré, dans son traité de médecine légale. Ce sont autant de preuves que les principes septiques persistent après la mort, et conservent encore les mêmes propriétés toxiques. Quant à ce qu'a dit M. Martens, que tout germe de maladie était détruit par la cuisson, je citerai l'observation faite par le docteur Turchetti, qui prouve le contraire. Plusieurs individus mangèrent de la viande, provenant de bœufs atteints du charbon, et ils contractèrent la maladie. « Il est digne de remarque, dit le médecin italien (ce qui a été aussi observé par des médecins, mes amis et mes voisins), qu'aucun des individus qui devinrent malades du charbon, pour avoir mangé des viandes provenant de bœufs atteints de maladie charbonneuse, n'avait eu occasion de toucher une semblable viande, soit *crue*, soit *cuite ;* et que ceux qui la vendirent, la manièrent, la transportèrent et la divisèrent, n'éprouvèrent aucune incommodité. — Nous faisons cette remarque, ajoute-t-il, parce que nous ne voudrions pas qu'on pût penser que

les charbons fussent produits par l'absorption cutanée du principe charbonneux, et non par un travail vicié d'assimilation, ou par la voie chylopoiétique (1). »

— *M. Craninx :* Je dois, messieurs, ajouter un mot à ce que j'ai dit précédemment pour motiver mon vote négatif sur la deuxième conclusion du rapport. C'est, d'abord, la difficulté de distinguer les maladies franchement inflammatoires de celles qui ne le sont pas, difficulté qui a été très-bien sentie par l'honorable M. Lombard. Une autre raison, c'est que ces viandes, si nous en permettons l'usage, seront l'aliment continuel du pauvre, et je craindrais qu'insensiblement, au bout d'un temps assez long peut-être, il n'en résultât des dangers pour sa santé.

La clôture de la discussion, étant démandée, est mise aux voix et prononcée.

L'amendement de M. Verheyen, tendant à ajouter aux mots « maladies inflammatoires » ceux-ci : « à la première période, » est mis au voix et adopté.

— La seconde conclusion, ainsi amendée, devra être rédigée en ces termes : « Les chevaux et les bêtes de boucherie, affectés de maladies inflammatoires, à la première période, peuvent être abattus pour la boucherie, pourvu que l'on prenne la précaution de les faire mourir exsangues. »

Cette rédaction est adoptée.

— *M. le président :* La discussion est ouverte sur la troisième conclusion, qui est ainsi conçue :

« Les animaux atteints de cachexie aqueuse et de phthisie avancée, de clavelée, de ladrerie, de rage, de morve et de farcin, soit aigus, soit chroniques, de fièvres typhoïdes et charbonneuses, les bêtes empoisonnées, ainsi que les cadavres des animaux morts par maladie ou par accident, doivent être exclus de la consommation. »

— *M. le président :* Je crois que la discussion marchera mieux si nous nous occupons séparément de chacune des affections mentionnées dans la troisième conclusion. — (Assentiment.)

L'Académie admet, par des votes successifs et sans discussion, qu'on doit proscrire l'usage des viandes, provenant d'animaux abattus comme atteints de cachexie aqueuse et de phthisie avancée, de clavelée, de ladrerie, de rage, de morve et de farcin, soit aigus soit chroniques, ainsi que celles des bêtes empoisonnées.

— *M. le président :* Il reste à voter sur le dernier membre de la conclusion, qui concerne les animaux morts par suite de maladies ou d'accidents. (Ajourné à la prochaine séance.)

(1) Annales d'Omodei, nº de mai 1843.

NOV. 1847.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°				
1	767,79	+12,2	+15,2	+ 7,8	100,0	0,89	SO.	Brumeux le matin, nuageux dans la journée ; beau le soir.
2	768,92	+ 9,2	+13,3	+ 6,9	98,0	»	SSO.-SO.	Très-beau ; brouillard humide le soir.
3	767,35	+ 4,9	+10,9	+ 3,3	100,0	0,13	SE.	Sombre, très-brumeux.
4	765,31	+ 6,2	+ 8,3	+ 5,5	100,0	0,25	SSE.-SO.	Brumeux.
5	761,51	+ 6,0	+10,5	+ 5,0	100,0	0,25	SE.-SSO.	Superbe.
6	761,82	+ 7,9	+14,1	+ 6,3	98,0	»	SO.-S.	Nuageux.
7	759,29	+10,1	+12,7	+ 9,4	99,5	»	OSO.-SO.	Nuageux.
8	754,21	+12,1	+15,8	+ 9,1	92,0	»	SSO.	Beau ; se couvre le soir.
9	754,17	+12,3	+13,6	+10,3	98,5	1,65	SSO.	Sombre, brumeux.
10	766,92	+11,2	+13,8	+ 9,8	96,0	0,58	SSO.	Sombre.
11	767,39	+10,1	+11,3	+ 8,4	96,0	»	OSO.	Sombre le matin, très-beau le soir.
12	761,79	+ 9,6	+11,0	+ 7,6	93,0	1,02	SO.	Pluvieux.
13	761,35	+ 5,8	+10,0	+ 4,6	98,0	5,73	OSO.-SO.	Brouillard et pluie ; beau le soir.
14	765,49	+ 7,6	+ 9,1	+ 4,8	97,0	2,29	SO.-OSO.	Sombre.
15	764,98	+ 8,5	+12,0	+ 5,6	96,0	0,13	SO.-OSO.	Pluvieux et brumeux.
16	762,99	+11,2	+11,9	+ 6,0	93,0	1,02	OSO.-NO.	Pluvieux.
17	755,66	+ 5,2	+ 6,3	+ 2,1	88,0	4,71	O.-NO.	Beau de grand matin ; ensuite giboulées.
18	762,74	+ 3,2	+ 6,9	+ 0,7	90,0	6,49	N.	Très-beau.
19	767,61	+ 0,9	+ 5,1	+ 0,7	96,5	»	ENE.	Magnifique.
20	762,73	+ 2,1	+ 6,1	— 0,6	95,0	»	ENE.	Variable.
21	755,34	+ 0,9	+ 5,0	— 0,3	93,5	»	SSO.	Beau.
22	748,79	+ 2,7	+ 5,0	— 0,2	90,0	»	SSO.	Sombre, menaçant.
23	755,49	+ 7,2	+10,4	+ 4,5	96,0	0,25	SO.-SSO.	Pluvieux, s'éclaircit le soir.
24	762,76	+ 4,7	+ 8,6	+ 3,7	95,0	5,09	SO.-SSO.	Très-beau.
25	765,23	+ 2,8	+ 7,9	+ 1,9	96,0	»	SSO.	Nuageux.
26	757,21	+ 8,0	+10,7	+ 6,1	93,0	»	SO.-SSO.	Nuageux.
27	743,73	+ 9,4	+12,1	+ 9,2	92,0	0,64	SSO.-S.	Nuageux.
28	738,69	+ 9,3	+10,3	+ 7,2	96,0	0,64	SSO.	Sombre.
29	741,98	+ 7,9	+ 8,4	+ 3,4	93,0	1,91	SSO.-OSO.	Variable.
30	755,23	+ 7,2	+10,4	+ 2,7	91,0	0,64	SO.-OSO.	Pluie et vent.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1847. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Suite de la discussion du rapport de la Commission chargée d'examiner les questions que soulève la vente, pour la consommation, de la chair de cheval et de celle des bestiaux atteints de certaines maladies. — M. VERHEYEN, rapporteur.

— *M. le président :* L'Académie, dans sa dernière séance, a adopté une partie de la troisième conclusion du rapport de la Commission. La discussion doit être continuée sur le dernier membre de cette conclusion, qui exclut de la consommation la chair d'animaux morts par suite de maladies ou d'accidents.

M. Fallot propose de modifier ainsi la rédaction du dernier membre de la troisième conclusion, sur lequel la Compagnie est appelée à délibérer.

« Aucun cadavre d'un animal, mort de maladie ou par suite d'accident, ne pourra être livré à la consommation qu'après une visite préalable et avec l'assentiment d'un médecin vétérinaire. »

— *M. Brogniez :* Je craindrais que la faculté qui serait donnée aux médecins vétérinaires d'autoriser la vente, pour la consommation, du cadavre de tout animal mort, ne donnât lieu à des abus. Je voudrais restreindre la proposition de M. Fallot, et je demanderai qu'elle soit modifiée en ce sens :

« Aucun animal mort subitement par suite d'hémorragies sans lésions organiques, d'apoplexie ou coup de sang, et de violences traumatiques, etc. »

— *M. Gaudy :* Je ne suis pas très-disposé à me ranger de l'avis de M. Fallot et des honorables membres qui ont pris la parole après lui. Il me semble qu'il vaudrait mieux proscrire la chair de tout animal mort par suite de maladies ou d'accidents.

— *M. Mareska :* messieurs, je crois que la proposition de l'honorable M. Fallot ne donne pas de garanties suffisantes à la société. D'abord, il n'est pas démontré que l'usage de la chair, provenant d'animaux malades, soit toujours sans effet sur la santé de l'homme ; ensuite, il n'y a pas de signes certains qui permettent aux experts, quels qu'ils soient, de distinguer *à priori* si une chair sera ou ne sera pas nuisible.

Naguère, dans une commune des Flandres, à Poesele, sur dix-huit personnes qui formaient le personnel d'une ferme, seize sont devenues malades et quelques-unes d'entre elles sont mortes, après avoir mangé de la chair d'un veau qui était mort à la suite de maladie. Les malades ont présenté tous les caractères d'une affection typhoïde. Cependant, aucun symptôme charbonneux, ou d'af-

fection contagieuse, n'avait été observé pendant la maladie de la bête, et, si un expert avait été appelé, probablement il aurait délivré un permis de consommation. Ce fait, qui a été observé par M. Deruddere, a été consigné dans les *Annales de la Société de médecine de Gand.*

Permettez-moi, messieurs, de rapprocher ce fait d'un autre, rapporté dans les mêmes Annales. A Exaerde, une vache parvenue au terme de sa grossesse, et qui, dans cet état, avait été surmenée pendant les fortes chaleurs de l'été, fut atteinte d'une métro-péritonite puerpérale gangréneuse qui détermina promptement la mort. L'animal fut dépecé et sa chair fut livrée à la consommation. Quelques jours après, les personnes qui l'avaient écorchée furent atteintes de la pustule maligne, et l'une d'elles mourut. Jusque-là rien ne doit nous paraître extraordinaire, mais ce qui mérite davantage l'attention, c'est que, parmi les personnes qui furent atteintes de cette dangereuse affection, il s'en trouva une qui n'avait point touché à la bête, mais qui en avait mangé; ce malade présenta absolument les mêmes symptômes généraux et locaux que les premiers.

Comment se fait-il, messieurs, qu'un animal, mort à la suite d'une maladie en apparence peu dangereuse, communique à seize personnes, sur dix-huit, une affection grave, une fièvre typhoïde, et qu'un autre qui succombe à une maladie très-délétère, puisque les personnes qui le touchent sont frappées de pustule maligne, soit mangé impunément par des centaines de personnes, et comment se fait-il enfin, que, sur ces centaines d'individus, il en soit un que le mal choisisse et atteigne de préférence? Évidemment, messieurs, c'est que le dernier mot de la science sur cette importante question n'a pas été dit, et dans le doute où nous nous trouvons, suivons le conseil du sage, abstenons-nous.

Peut-être y aurait-il lieu aussi de considérer les chairs suspectes sous le point de vue des propriétés nutritives; il est probable qu'elles ont perdu, au moins en partie, leurs principes réparateurs, et qu'il y a là un motif de plus pour donner à la proposition de la Commission la préférence sur celle de M. Fallot.

— *M. Fallot :* Avant de déposer ma proposition, messieurs, j'étais pénétré de la haute importance de la question qui nous occupe, et la sage lenteur, avec laquelle l'Académie a procédé à son examen, prouve qu'elle partage à cet égard mon opinion. Il ne s'agit pas seulement ici d'une question de science spéculative, de rechercher jusqu'à quel point l'économie vivante peut tirer d'une viande altérée, des principes réparateurs, s'en approprier la substance sans se nuire, il faut faire descendre immédiatement cette

question des régions de la théorie dans le domaine de la pratique, en faire une application immédiate. C'est donc une des questions les plus graves qui puissent se présenter à vos délibérations. Aussi, avant de m'engager dans le débat, j'y ai réfléchi mûrement, sérieusement; j'ai consulté tous les documents que ma bibliothèque pouvait me fournir, et cet examen m'a convaincu que ma proposition renferme la solution la plus convenable des difficultés soulevées par la question, et, il faut bien le dire, tous les arguments présentés par mes honorables adversaires, loin d'ébranler ma conviction, n'ont fait que la fortifier davantage.

On a cité des faits auxquels je pourrais en opposer d'autres, par centaines; mais je m'en abstiens, par la raison qu'il n'existe pas un rapport nécessaire de causalité entre le fait qu'un homme a mangé de la viande d'un animal malade, et cet autre fait qu'il n'a été atteint d'aucune maladie; il n'en existe pas davantage, me semble-t-il, entre l'ingestion d'une viande corrompue et une maladie qui peut s'être déclarée après son emploi. Ainsi quelle valeur peut avoir ce fait, qu'on vous a cité comme concluant, d'un individu, qui après avoir mangé de la chair d'une vache malade, fut atteint de la pustule maligne, de même que celui qui avait dépecé l'animal, alors qu'un nombre considérable d'autres personnes, qui avaient mangé de cette même viande, n'en éprouvèrent aucun inconvénient? N'est-il pas permis de conclure de là, que, loin que la maladie soit résultée de l'ingestion de la viande, elle a été due au contact de l'animal? on sait avec quelle funeste constance le charbon se communique par simple attouchement.

C'est ainsi que, dans un des derniers rapports du Conseil de salubrité publique de Paris, on rapporte l'histoire d'un nombre considérable d'individus qui purent se nourrir de la chair d'animaux morts du charbon, sans contracter aucune maladie, tandis que tous ceux qui avaient été chargés de transporter cette même viande, et qui n'en avaient pas mangé, furent atteints de la pustule maligne. Tout récemment un fait semblable s'est présenté dans une commune rurale de notre province : toutes les personnes, sans exception, qui avaient touché un animal mort du charbon, ont eu des boutons charbonneux, et aucun de ceux, sans exception, qui s'étaient nourris de la viande provenant de l'animal infecté, n'a offert la moindre trace de maladie. Les faits allégués par mon honorable contradicteur n'ont, à mes yeux ni aux vôtres, je pense, la même valeur qu'aux siens.

Si j'ai bien compris M. Gaudy, il consentirait à livrer à la consommation la chair des animaux morts de maladie, pourvu qu'il y eût garantie de l'innocuité de son usage. Eh bien! messieurs,

c'est tout appaisement sous ce rapport que ma proposition est destinée à donner ; je crois que l'intervention d'un médecin vétérinaire offre une garantie suffisante. J'ai la plus grande confiance aux lumières et à la moralité des médecins vétérinaires, et j'accepte comme marchande toute viande qui sera déclarée telle par eux. Quant à l'argument tiré de l'éloignement éventuel du médecin vétérinaire, il ne doit pas nous arrêter ; car d'abord, c'est un cas fortuit, exceptionnel, qui ne peut pas être invoqué comme règle ; et puis, nous n'avons à examiner la mesure qu'en elle-même, à rechercher jusqu'à quel point elle satisfait aux exigences, laissant à l'administration le soin de la faire exécuter et d'assurer les moyens les plus convenables pour rendre cette exécution pleine et entière.

Je le répète, messieurs, au point de l'hygiène et de l'économie politique, la question est de la plus haute importance. Il y a, veuillez le considérer, une foule d'indigents, pour lesquels la viande est aujourd'hui inabordable à cause de sa cherté et qui pourraient s'en procurer, si, livrée en plus grande quantité à la consommation, elle baissait de prix. Or, c'est cet avantage que ma proposition me paraît devoir assurer. Dans la conclusion du rapport soumis à la discussion, il s'agit à la fois des animaux morts de maladie et des animaux morts par accident ; si vous repoussiez ma proposition en ce qui concerne les premiers, je vous demanderais de l'adopter au moins pour les animaux qui périssent par accident.

Encore un mot : pour que l'argumentation de mes honorables adversaires puisse avoir la valeur qu'ils lui attribuent, il faut qu'ils déclarent, d'une manière expresse et positive, que, quelle que soit la nature de la maladie ou de l'accident auquel l'animal aura succombé, la consommation de sa chair sera toujours nuisible. S'ils admettent qu'il est des maladies qui, tout en devenant mortelles, ne communiquent à la viande, provenant des animaux qui y succombent, aucune qualité délétère, alors ils doivent au moins, me paraît-il, faire une exception en faveur de cette viande-là ; et comme je ne sache pas de meilleur moyen de parvenir à distinguer la viande à rejeter de celle à accepter, que de la soumettre à l'inspection de juges compétents, je persiste à croire que ma proposition aura votre assentiment.

Je crois avoir répondu aux principales objections, dont ma proposition a été l'objet : s'il en surgissait de nouvelles, je demanderais la permission de les examiner.

— *M. de Lavacherie :* Je ne sais, messieurs, si le fait, que je me propose de vous communiquer, peut contribuer à élucider la

question que vous discutez en ce moment : il me paraît, du reste, assez intéressant pour ne pas le laisser inaperçu. Il s'agit d'un cas, dans lequel j'ai eu l'occasion de constater les effets du contact et de la consommation de la chair d'animaux malades. Le 27 novembre dernier, un médecin vétérinaire des environs de Liége amena, à la consultation de la clinique chirurgicale de l'Université de Liége, un homme atteint de pustule maligne qui s'était manifestée dans les circonstances suivantes : une vache, bien portante encore à trois heures de l'après-midi, paissait dans un pré, lorsqu'à cinq heures elle tombe comme foudroyée et est près d'expirer. Un boucher, appelé tout aussitôt, l'abat immédiatement, pour que la viande puisse servir à la consommation. Sept personnes, appartenant à la maison du propriétaire de cette vache, ont mangé de cette chair qui avait été salée, et n'en ont pas été incommodées le moins du monde. Le chien du boucher, qui a avalé du sang de l'animal malade, n'a cessé de se bien porter; seulement il était plus endormi. Il n'en fut pas de même du boucher qui, s'étant piqué le jour même avec une épine à l'éminence thénar de la main gauche, remarqua, dès le lendemain du jour où il avait abattu la bête, un peu de rougeur au pourtour de la piqûre qui était le siége d'élancements douloureux.

La rougeur s'étendit de jour en jour, et avant l'expiration de la semaine, une pustule maligne bien caractérisée s'était développée par inoculation. Deux jours plus tard, deux autres pustules apparurent, l'une à la face dorsale de la main gauche, en regard de l'articulation carpo-métacarpienne, l'autre à la partie interne de l'avant-bras, en regard de l'articulation cubito-carpienne.

M. Rutten, médecin vétérinaire, appelé pour donner des soins à des vaches atteintes du typhus charbonneux, apprit que l'animal, qui avait été abattu, présentait absolument les mêmes symptômes que toutes les autres bêtes devenues malades. On l'informa aussi que le boucher souffrait d'une main depuis le jour où il avait procédé à l'abatage. Il fut porté à conclure de ces faits : 1° que, selon toutes les probabilités, l'animal qui avait été abattu était atteint du typhus charbonneux; 2° que les tumeurs ulcérées que le boucher portait à la main gauche étaient, à n'en pas douter, des pustules malignes.

Le boucher avait consulté un médecin, qui avait traité très-légèrement les pustules malignes, à en juger par les moyens qui avaient été mis en usage et qui consistaient en de légères cautérisations avec de l'acide nitrique : les scarifications profondes, qui auraient dû être pratiquées pour que l'action du caustique fût efficace, n'avaient pas été faites. Le médecin vétérinaire envisagea

l'affection comme étant infiniment plus grave que ne l'avait annoncé le médecin. Il amena le boucher à ma consultation et me fournit tous les détails que je viens de relater. Il avait diagnostiqué la maladie dont les caractères extérieurs ne purent être constatés, parce que chaque pustule était recouverte d'une eschare mince produite par le caustique. Ce qu'il me fut possible d'observer, c'étaient les trois tumeurs entourées, chacune, d'une aréole d'un rouge foncé, le gonflement œdémateux de tout le membre, dans lequel le malade disait éprouver de la pesanteur et une tension douloureuse.

Les symptômes généraux consistaient dans l'altération et la décomposition des traits, dans un sentiment d'accablement général, avec fréquence extrême de la circulation. Je considérai l'état du malade comme alarmant, et je me décidai à employer un traitement énergique.

J'eus recours à la cautérisation avec le fer chaud, dans le double but de détruire le mal et d'en arrêter les progrès. Pour remplir ces deux indications, je commençai par circonscrire chaque pustule, à deux ou trois centimètres de leur base, par une cautérisation profonde (brûlure au quatrième degré) des parties saines. Un cautère en roseau pointu, rougi à blanc, servit à tracer un anneau autour de chaque tumeur. Des plaques nummulaires et octogones, chauffées également à blanc, restèrent appliquées sur les pustules jusqu'à ce que les eschares fussent assez profondes pour offrir une dépression au lieu de l'élévation qui existait avant. Ce mode de cautérisation a eu tout le résultat que j'en attendais, car à l'heure qu'il est, le boucher est complétement guéri ; j'ajouterai que, dès le lendemain, tous les symptômes généraux et locaux, qui étaient de nature à donner des inquiétudes, avaient disparu et le malade éprouvait un bien-être notable.

J'ai cru devoir rapporter ce fait, parce qu'il permet de tirer des conséquences qui sont confirmatives d'autres qui ont déjà été signalées dans la discussion.

1° Le chien, qui a avalé le sang d'un animal atteint du typhus charbonneux, a été à peine dérangé.

2° Les sept personnes, qui ont mangé de la chair préalablement salée et cuite provenant du même animal, n'ont pas été incommodées.

3° Le boucher, dont les mains ont trempé dans le sang et ont été en contact avec les viscères et avec les chairs, a contracté à la main, qui offrait une égratignure, une pustule maligne par inoculation et deux autres pustules, probablement par intoxication, par contagion.

Je livre ce fait et ses conséquences, sans rien conclure, à l'appréciation de la Compagnie.

— *M. Mareska :* L'observation, que vient de nous rapporter l'honorable M. de Lavacherie, est une preuve de plus à ajouter à toutes celles que l'on connaissait déjà, qu'il y a dans les forces digestives quelque chose qui tend à neutraliser le poison que recèlent les chairs malades. Dans le fait que j'ai rapporté, des centaines de personnes avaient également mangé impunément la viande de la vache surmenée, qui avait communiqué la pustule maligne à ceux qui l'avaient écorchée ; mais il n'en est pas moins vrai que, dans un nombre considérable d'individus, il s'en est pourtant trouvé un qui a été empoisonné, et des milliers de faits négatifs ne détruiront pas ce fait positif.

M. Fallot a émis l'opinion que probablement la personne empoisonnée avait également touché à la bête malade. C'est une erreur. L'observation du médecin d'Exaerde est formelle à cet égard. Persuadé que des maladies ne pouvaient ni se produire ni se transmettre par des viandes mangées, ce médecin voulut un instant douter de la nature du mal qu'il observait chez son malade ; mais les caractères de la pustule maligne étaient si évidents, les symptômes, tant généraux que locaux, si bien prononcés, que le doute devint impossible, et l'avis d'un collègue expérimenté, qui fut appelé en consultation, vint bientôt détruire toute incertitude.

Je reviens à la proposition de M. Fallot. Avec cet honorable membre, l'on doit admettre la grande importance de la question que nous discutons, et c'est parce que, pour ma part, je suis convaincu de cette importance, que je tiens à démontrer les conséquences de ce qu'il propose. Deux opinions partagent les savants qui se sont occupés de salubrité publique. Beaucoup de faits constatent que, dans maintes circonstances, les chairs provenant d'animaux malades ont été mangées sans inconvénient immédiat pour la santé, et quelques personnes en ont conclu que, dans aucun cas, les chairs ne pourraient devenir nuisibles ; de là l'adage que nous avons entendu répéter dans cette enceinte : « Mort l'animal, mort le poison. » D'autres, s'appuyant également sur l'observation, considèrent cette opinion comme trop absolue, et conseillent de défendre le débit de la chair de tout animal malade.

Chacune de ces hypothèses trouvera évidemment ses partisans parmi les médecins vétérinaires, et sans qu'il soit nécessaire de mettre en question la science ou la probité de ces messieurs, ils vont nécessairement se partager en deux catégories. Les uns, convaincus de l'insalubrité de certaines chairs, et de l'impossibilité de

les reconnaître, agiront comme la Commission le propose ; ils refuseront le permis de consommation pour toute bête morte de maladie, tandis que les autres, tout aussi sincères, délivreront ce permis, quelle que soit la maladie à laquelle l'animal aura succombé.

Pesons bien cet argument, messieurs ; il me paraît victorieux. Si la proposition de M. Fallot est adoptée, cette dernière catégorie d'experts existera, et la proposition perd son but ; cette dernière catégorie d'experts existera, et par conséquent nous sommes en droit d'inverser la phrase que M. Fallot nous adressait tout à l'heure, et de lui dire : Nous considérons votre proposition comme dangereuse pour la santé publique, aussi longtemps que vous ne nous aurez pas démontré que *jamais* l'usage d'une chair, provenant d'un animal malade, ne peut donner lieu à des accidents, et c'est ce qu'il est impossible de soutenir, parce que les annales de la science fourmillent de faits qui prouvent le contraire. Aux faits qui ont été allégués ici et qui se sont passés pour ainsi dire sous nos yeux, il n'est pas difficile d'en ajouter une foule d'autres qui ont été observés et décrits avant nous. J'en puiserai quelques-uns dans une discussion consignée dans le *Bulletin de la Société de médecine de Gand.*

Une dyssenterie, qui régna à Padoue en 1559, fut causée par l'usage que fit le peuple de la chair de bœufs malades, amenés de Hongrie. En 1617, une épizootie, sous forme d'angine gangréneuse, attaqua un grand nombre de bœufs et se communiqua bientôt aux personnes qui s'étaient nourries de leur chair. Barbet rapporte qu'à l'île Minorque, pendant une épizootie, beaucoup de bouviers, qui avaient mangé de la chair de bœufs malades, furent atteints de fièvre maligne. En 1745, les bœufs du Vivarais ayant été attaqués d'une épizootie avec gangrène des viscères, dans le bas Languedoc, la viande de ces animaux malades fut distribuée aux soldats du régiment de Bavière : tous ceux qui en mangèrent éprouvèrent de la fièvre, de la diarrhée et de la dyssenterie. Ces faits sont rapportés par Schenkius, Kircher, Barberet, Paulet et Brassier. Bertin, Chaussier, Enaux, Kœpfner, Gohier en rapportent un grand nombre d'autres analogues.

En résumé, eu égard aux observations nombreuses, qui constatent le danger qu'entraîne souvent l'usage des chairs provenant d'animaux malades, et à l'état d'imperfection de nos moyens d'investigation pour nous guider dans le doute, l'humanité nous fait un devoir de nous ranger de l'avis de la Commission.

Quant aux animaux, morts à la suite d'accidents ou d'apoplexie, il est évident qu'il ne peut y avoir le moindre danger à en per-

mettre l'usage, et autant je me suis montré l'adversaire de la proposition considérée dans son ensemble, autant je serai disposé à l'admettre, si M. Fallot consent à la restreindre.

— *M. Seutin :* Je pense, messieurs, qu'il n'y aura jamais une assez grande pénurie de viandes provenant de chevaux sains, pour nous porter à admettre l'usage des chairs d'animaux, qui auraient succombé à la suite de maladies. Une pareille mesure produirait la plus mauvaise impression sur le peuple, alors même qu'on ferait visiter préalablement les cadavres de ces animaux par un médecin vétérinaire, qui ne pourrait peut-être pas toujours bien se rendre compte de ce qu'il aurait observé; il faudrait que l'autopsie fût faite avec le plus grand soin, avec la plus grande régularité, et il pourrait arriver que les investigations ne fussent pas toujours poussées aussi loin.

Je ne partage pas non plus l'opinion que la cuisson puisse neutraliser, détruire tout principe morbide; elle n'est d'ailleurs pas toujours bien régulière. Ceux qui ont vu faire, par les soldats, du bouillon avec de la viande de cheval savent quelle odeur nauséabonde il s'en exhale; elle est tellement désagréable qu'elle suffit pour rendre impossible l'ingestion d'une semblable nourriture. Dans les villes assiégées, il arrive souvent qu'on mange de la chair provenant de chevaux malades; souvent aussi l'on voit régner dans ces villes des maladies très-graves. En 1813, j'étais en garnison à Dresde; on y avait abattu, pour la consommation, beaucoup de chevaux mis hors de service; j'avais pris un foie pour le faire cuire; ce foie présentait le meilleur aspect, mais en le coupant j'y trouvai un abcès, et j'eusse défié l'homme le plus affamé d'en manger.

Ne compromettons pas, messieurs, la dignité de la Compagnie, en adoptant une semblable mesure; il y aura toujours assez de chevaux sains pour qu'il ne soit pas nécessaire de livrer à la consommation ceux qui meurent de maladie, et alors même que nous aurions presque la conviction que cette mesure serait sans danger, nous devrions nous abstenir de la provoquer, à cause des inquiétudes qu'elle répandrait dans le peuple.

M. de Lavacherie nous a cité le fait d'un boucher, qui avait été atteint de pustules malignes pour avoir abattu une vache atteinte de typhus charbonneux, tandis que plusieurs personnes avaient impunément mangé la viande provenant de l'animal, et qu'un chien avait également avalé le sang sans en être incommodé. D'abord, rien ne prouve que l'accident arrivé au boucher soit réellement résulté du contact des chairs; le germe du mal pouvait exister dans l'organisme depuis plus longtemps. Quant au chien qui a bu

le sang, il peut l'avoir vomi, chose qui arrive très-fréquemment. Je crois que de pareils faits ne peuvent pas nous guider dans une question aussi importante.

— *M. Fallot :* Je sais, messieurs, qu'il existe des opinions différentes sur la transmissibité des maladies par la voie de l'alimentation; mais nous sommes tous d'accord sur ce point, que les mauvaises viandes doivent être rejetées du commerce. Cette expression, viandes mauvaises, est vague, dit-on. Elle ne l'est pas autant que paraissent le croire nos contradicteurs, et quelle que soit d'ailleurs la divergence de nos opinions, si nous avions de la mauvaise viande sous les yeux, nous serions unanimes pour la rejeter. Mais ce que nous soutenons, c'est qu'il est des viandes provenant d'animaux morts de maladies qui sont bonnes à manger; nous disons qu'une des preuves incontestables en faveur de cette assertion, c'est qu'il s'en débite chaque jour, et qu'il est peu ou point d'exemples de maladies qui puissent être attribuées à leur usage.

— *M. Lebeau :* Tous les faits qu'on a cités n'ébranlent pas ma conviction ; je suis convaincu que le vieil adage : « Morte la bête, mort le venin, » reste vrai. On cite l'opinion de quelques illustres médecins, dont on ne se rappelle pas même les noms, pour soutenir que les maladies des animaux se transmettent à l'homme : il n'y a rien de moins prouvé ; l'expérience atteste tous les jours le contraire.

M. Seutin a parlé de ce qui se passe dans les villes assiégées. Dans ces circonstances, on fait usage, sans inconvénient, de la chair de tous les animaux qu'on peut se procurer, même les plus immondes, malades ou non. Vous savez que dans une circonstance épouvantable, dans le naufrage de la frégate *La Méduse,* les malheureux naufragés ont été jusqu'à manger de la chair d'hommes morts de maladie, et l'usage de cette chair n'a pas produit d'accident.

M. de Lavacherie vient de vous citer un fait souvent observé. Il suffit de parcourir les annales de la science, pour savoir que l'usage de la chair des animaux, morts de la pustule maligne, n'a pas communiqué la maladie. Il y a une différence entre l'action des venins ou des virus sur la peau, et sur la membrane muqueuse des voies gastriques, qui semble, par sa nature, disposée à recevoir ces substances sans en être affectée. On ne tient pas assez compte de l'effet des corps sur les divers organes de l'économie. Ainsi, si vous appliquez telle substance sur l'œil, vous produisez une inflammation très-forte, tandis que, sur la membrane muqueuse de la bouche, elle sera sans effet.

M. Mareska vient de nous parler de fièvres malignes résultant

de l'usage de la chair d'animaux morts. Mais je voudrais savoir ce qu'on entend par fièvre maligne. Dans un temps où l'on était loin de faire de la médecine exacte, on attribuait toutes les maladies à des causes semblables; aujourd'hui nous sommes beaucoup moins crédules. Ainsi, lorsqu'une moitié de l'armée prussienne succomba, en Champagne, à la dyssenterie, on attribua cette maladie à l'usage du raisin. Quelque temps après, l'armée anglaise succombait à la même affection, dans les marais de Walckeren, et bien certainement on n'aurait pu, dans cette circonstance, l'attribuer à la même cause.

Le fait rapporté par M. de Lavacherie est concluant, car il est établi que le boucher, dont il a parlé, a été seul atteint de pustule maligne, par suite du contact de la vache abattue par lui. Lisez ce qu'a écrit sur Montfaucon Parent-Duchâtelet : des centaines d'individus qui ne se nourrissent que des chairs d'animaux morts se portent à merveille. Voilà des faits qui viennent combattre ce qu'on a dit des fièvres malignes, qui ont régné aux seizième et dix-septième siècles, alors que toutes les morts un peu extraordinaires étaient attribuées au poison; il ne mourait pas un prince qu'on ne regardât cet événement comme la suite d'un empoisonnement.

Je crois, messieurs, que, pour agir avec sagesse, il ne faut exclure de la consommation que la chair en putréfaction, et encore si je voulais m'appuyer de l'autorité d'un des plus grands chimistes des temps modernes, je vous citerais M. Thénard. Je lui ai entendu dire, dans son cours, qu'au moyen du charbon dont il enveloppait la viande trop avancée, il faisait disparaître complétement l'odeur et le danger qu'il pouvait y avoir à s'en nourrir.

Je me résume, et je dis que, si vous voulez parler d'après ce que vous connaissez positivement, vous ne conclurez pas qu'il faut ravir aux malheureux, mourant de faim, la chair de tous les animaux morts de maladie, mais seulement celle qui, par un commencement de putréfaction, pourrait être nuisible à la santé.

— *M. Brogniez :* On ne s'exposera jamais, je crois, à devenir malade en faisant usage de la chair, provenant d'un animal qui serait mort dans les conditions que j'ai indiquées, pourvu que l'extraction des entrailles ait lieu dans un bref délai, après que le médecin vétérinaire aura constaté que cet animal n'était pas atteint de cachexie aqueuse ou de phthisie avancée, de clavelée, de ladrerie, de rage, de morve ou de farcin, et enfin s'il n'a pas été empoisonné.

Ma proposition mettrait donc tout le monde d'accord, aussi bien M. Fallot que ceux qui montrent le plus de répugnance à adopter sa proposition : telle que je la modifie, la proposition ne se rapporte

aucunement aux affections contagieuses transmissibles à l'homme, que la Commission a pris le soin d'énumérer scrupuleusement dans sa troisième conclusion.

Tout le monde sait que des bestiaux gangrenés ne peuvent donner qu'un mauvais aliment. Tout le monde sait aussi que les maladies, énumérées par la Commission, peuvent compromettre la santé publique. Pourquoi discuter là-dessus?

— *M. le président :* Les adversaires de la proposition de la Commission disent qu'il faut admettre, qu'il n'est pas possible d'exclure de la consommation la chair des animaux morts d'une maladie quelconque, autre que celles qui sont énumérées dans la troisième conclusion.

— *M. Brogniez :* Quant à ces maladies, j'ai eu occasion de me prononcer dans la dernière séance. J'ai déclaré formellement que la chair, provenant d'animaux morts de maladie, ne sera jamais bonne que pour nourrir les chiens, que ce sera toujours un aliment malsain ou tout au moins dégoûtant pour l'homme. Les classes pauvres, lors même que vous les y autoriseriez, n'en feraient pas usage.

Je reviens donc à ma proposition, et je dis qu'il ne s'agit ici que d'une exception tellement restreinte, qu'elle ne saurait compromettre la santé publique. Je désire que l'assemblée veuille bien se prononcer à cet égard.

— *M. Seutin :* Nous ne pouvons établir en principe que la viande altérée ne produit pas de maladies, qu'il faille autoriser l'usage de celle qui a déjà éprouvé un commencement de putréfaction. Je sais qu'on mange des lièvres, des faisans, des chevreuils, qu'en vertu des principes de l'art culinaire on laisse s'altérer; mais si nous nous nourrissions continuellement de semblables mets, nous deviendrions bientôt malades. M. Duméril n'a-t-il pas transmis à des chiens la fièvre putride, en leur faisant ingérer de la viande qui avait subi un commencement de putréfaction? Mayor a fait des expériences sur l'emploi de la chair de chevaux morts de maladie, et il fut porté à en conclure que la langue seule ne présente pas de danger. Et vous voudriez que les cadavres des animaux, morts de maladie, servissent à l'alimentation des populations.....!

Je dis que nous ne pouvons établir un pareil principe; que ce serait méconnaître les lois de l'hygiène, que ce serait compromettre l'Académie, que de déclarer que le pauvre peut impunément manger de la viande, altérée par suite de maladie ou par la putréfaction.

— *M. Craninx :* Dans la dernière séance, j'ai pris la parole pour combattre la seconde conclusion du rapport, qui tendait à permettre de livrer à la consommation la chair d'animaux atteints

de maladies inflammatoires à la première période. Je crois avoir invoqué, à l'appui de ce que j'ai dit, les conclusions d'un Mémoire que M. Hamont a lu récemment à l'Académie royale des sciences, sur les abattoirs de la ville de Paris.

Ces conclusions doivent nous rendre très-prudents sur la question qui nous occupe. Je me permettrai de vous les lire.

« 1° L'établissement des abattoirs n'offre pas une organisation convenable.

« 2° Le personnel chargé de veiller aux intérêts du public ne présente pas les garanties voulues.

« 3° Les abattoirs n'empêchent pas la vente des viandes des animaux tués hors de leur enceinte, ce qui atténue l'utilité de cette création.

« 4° Des viandes, issues d'animaux malades, peuvent occasionner des maladies aux animaux qui en font usage.

« 5° Par conséquent l'administration ne peut tolérer davantage les établissements, où l'on engraisse des porcs avec les viandes d'animaux malades ou morts de maladies.

« 6° La cuisson n'annihile pas les principes délétères de la viande, etc. »

Je vous avoue que je suis très-disposé à admettre plusieurs de ces conclusions, et que, par conséquent, je repousse toute proposition qui tendrait à permettre l'usage de la viande d'animaux morts de maladies.

— La discussion est closse.

— *M. le président :* La proposition de M. Fallot se divise en deux parties : la première se rapporte aux animaux morts de maladies, et c'est celle-là que M. Brogniez propose de modifier ; la seconde est relative aux animaux morts par suite d'accidents.

Voici la première partie de la proposition de M. Fallot : « Aucun cadavre d'un animal, mort de maladie, ne pourra être livré à la consommation qu'après l'avis préalable et avec l'assentiment écrit d'un médecin vétérinaire. »

M. Brogniez appuie cette proposition en demandant de faire assimiler les animaux morts par accidents à ceux qui succombent subitement par hémorrhagies, sans lésions organiques, et par apoplexie ou coup de sang. Les animaux morts de toute autre affection ne pourraient être vendus pour la consommation.

— *M. Fallot :* Je me rallie à l'amendement proposé par M. Brogniez.

La première partie de la proposition de M. Fallot, ainsi amendée, est mise aux voix et adoptée.

— *M. le président :* Je vais mettre aux voix la seconde partie

de la proposition de M. Fallot, consistant dans les mots : « ou par suite d'accidents, etc. »

— La seconde partie de la proposition de M. Fallot est adoptée.

La troisième conclusion devra donc être rédigée ainsi :

« Les animaux atteints de cachexie aqueuse et de phthisie avancée, de clavelée, de ladrerie, de rage, de morve et de farcin, soit aigus, soit chroniques, de fièvres typhoïdes et charbonneuses, ainsi que les bêtes empoisonnées, doivent être exclus de la consommation. Il en sera de même pour les animaux morts d'une maladie quelconque. Ceux qui périssent par hémorrhagie, sans lésions organiqnes, d'apoplexie ou coup de sang, ou par suite d'accidents, ne pourront être livrés à la consommation qu'après la visite préalable et la déclaration écrite d'un médecin vétérinaire. »

— La quatrième et dernière conclusion de la Commission est ainsi conçue :

« Il faut maintenir les règlements de police sanitaire actuellement en vigueur, en ce qui concerne la morve et le farcin aigus, les maladies charbonneuse et la clavelée ; c'est-à-dire enfouir les cadavres avec la peau tailladée. »

— Cette conclusion est adoptée sans discussion.

Examen et discussion du rapport de la cinquième section sur la définition du médicament et du remède secret, considérés au point de vue de la législation.

— *M. le président :* Voici, messieurs, comment la cinquième section vous propose de définir le *médicament* :

« Sont considérés comme remèdes ou médicaments, toutes substances naturelles, obtenues ou modifiées par l'art, tous mélanges, solutions ou combinaisons quelconques qui, à tort ou à droit, quel que soit le nom qu'on leur donne, sont exposés en vente, annoncés, débités, vendus ou distribués comme jouissant de propriétés médicinales, et conséquemment propres à être pris intérieurement ou appliqués à l'extérieur, dans le but de prévenir, combattre ou guérir une ou plusieurs affections ou maladies. »

— *M. Fallot :* Je propose la définition suivante, qui remplacerait celle formulée par la Commission : « Sont considérées comme remèdes ou médicaments, toutes substances quelconques, quel que soit le nom qu'on leur donne, exposées en vente, annoncées, débitées, vendues ou distribuées comme jouissant de propriétés médicinales, et conséquemment propres à être prises intérieurement ou appliquées à l'extérieur, dans le but de prévenir, combattre ou guérir une ou plusieurs affections ou maladies.

— La rédaction proposée par M. Fallot est mise aux voix et adoptée.

— *M. le président :* La définition du *remède secret* proposée par la cinquième section est conçue en ces termes :

« Sont considérées comme remèdes secrets, toutes substances simples, toutes préparations ou compositions quelconques, annoncées ou débitées comme jouissant de propriétés médicinales, et que les personnes qui les débitent, vendent ou distribuent, annoncent et exploitent à leur profit, sous un nom particulier, sans en avoir fait connaître la nature ou la composition au Gouvernement qui devra l'avoir publiée, de manière que le remède puisse être délivré ou préparé par tous les pharmaciens indistinctement, et mis à la disposition du médecin. » La discussion est remise à la séance prochaine.

Ascite asthénique chronique; injection iodée dans la cavité péritonéale; guérison. Observation communiquée par M. le docteur Rul-Ogez, membre correspondant.

Il est une maladie malheureusement assez fréquente, mais dont la guérison s'obtient très-rarement : je veux parler de l'ascite ou hydropisie du péritoine. On conçoit aisément que l'ascite symptomatique, celle qui dépend soit d'une maladie du foie et de la veine porte, soit d'une affection des reins, dite maladie de Bright, soit d'une maladie du cœur, on conçoit, dis-je, que l'ascite, dépendant d'une de ces maladies, soit ou incurable, ou seulement curable par l'éloignement de la cause qui lui a donné naissance, et que, dans ces cas d'ailleurs, elle ne doive attirer l'attention du praticien que comme une complication grave d'un mal au-dessus des ressources de l'art, complication qui ne réclame ordinairement qu'un traitement palliatif.

Mais il n'en est plus de même dans l'ascite que j'appellerai essentielle, non parce que je la considère comme dépendant d'une cause insaisissable, mais parce que j'attribue son origine à une lésion essentielle du péritoine. Dans cette dernière circonstance, soit que l'ascite soit asthénique, soit qu'on la considère comme asthénique, on est obligé d'admettre un défaut d'harmonie dans les deux phénomènes qui constituent la fonction récrémentitielle du péritoine, et qui consiste, pour le premier cas, dans une suractivité des vaisseaux exhalants de cette membrane, coïncidant avec l'insuffisance des vaisseaux absorbants, et pour le second cas, dans une activité à peu près normale des vaisseaux exhalants de la membrane séreuse, coïncidant avec un état d'atonie ou de défaut d'activité des vaisseaux absorbants.

Dans l'ascite sthénique, la maladie est nécessairement accompagnée d'un état d'hypersthénie sanguine et d'hypéresthésie, et

réclame par conséquent une méthode curative spéciale et antiphlogistique au début; mais lorsque l'ascite est devenue asthénique, ou lorsqu'elle débute sous cette forme, le traitement devient difficile et incertain, et malgré la foule de remèdes que l'on trouve indiqués, la guérison devient la chose exceptionnelle. Ne pourrait-on pas attribuer, avec raison, cette longue série d'insuccès à la méthode indirecte que l'on persiste généralement à employer dans la curation de l'ascite, c'est-à-dire à l'habitude d'agir sur le canal digestif et sur les voies urinaires, au lieu de s'adresser à la méthode directe et d'agir immédiatement sur le péritoine, en prenant pour type le traitement de l'hydrocèle? Quelques faits me semblent devoir militer puissamment en faveur de cette dernière manière de voir. On a beaucoup exagéré les dangers de la péritonite traumatique résultant des injections dans la cavité péritonéale, et pas assez insisté sur les inconvénients des drastiques et des diurétiques irritants, dont l'abus, dans une multitude d'ascites asthéniques, produit des phlogoses mortelles, ou fait périr, en épuisant la constitution et en s'opposant à l'assimilation.

Des essais timides de médication directe sur le péritoine ont été institués dans ces derniers temps; ainsi, en 1831 et 1832, à Louvain, nous avons fait, avec M. Craninx et M. Van Roosbroek, actuellement professeur d'ophthalmologie à l'Université de Gand, des injections dans le péritoine avec le gaz de protoxyde d'azote, suivies de résultats divers, le plus souvent avec grand avantage pour les malades; des succès inespérés même ont couronné nos tentatives. M. Vivielle dit avoir guéri un cas d'ascite par des injections d'eau tiède, dans la cavité péritonéale; le docteur l'Homme a guéri une ascite chronique par l'introduction de vapeurs vineuses dans l'intérieur de la cavité du péritoine; tout récemment je viens de lire que M. Leriche, de Lyon, a obtenu le même résultat que moi, chez une jeune fille, par l'injection iodée dans le péritoine, à la suite de l'opération de la paracenthèse.

Ces faits et d'autres démontrent que, si l'on veut faire faire un pas au traitement curatif de l'ascite chronique, il faut nécessairement sortir de la voie battue, et s'efforcer à chercher la qualité et la quantité de l'injection à introduire dans le péritoine après l'évacuation de la sérosité.

En admettant que ce procédé nouveau puisse devenir quelquefois funeste, de deux maux, il faut choisir le moindre; je suis convaincu qu'il sauvera beaucoup plus de malades que l'ancien. Ces réflexions ont tracé ma conduite dans l'observation suivante, dont le résultat est venu donner gain de cause aux principes que j'énonce.

Joseph Morens, aujourd'hui âgé de sept ans, après une maladie dans le ventre, accompagnée de fièvre, qu'il fit, il y a trois ans, et dont ses parents ne peuvent guère me donner de description satisfaisante, vit son ventre augmenter insensiblement de volume, tout en restant pâle, faible et souffrant. Les parents s'adressèrent à beaucoup de médecins, qui firent subir à leur enfant divers traitements tout à fait infructueux, parmi lesquels les purgatifs et les diurétiques ne furent pas ménagés; enfin, en désespoir de cause, et après avoir épuisé, par trois années de vaines tentatives, leurs faibles ressources pécuniaires, l'enfant fut placé, au mois de juillet dernier, à l'hôpital des enfants malades; son ventre, à cette époque, était tellement distendu, malgré les moyens mis en usage, que la marche était devenue impossible, et que l'état d'orthopnée croissant réclama, à la fin du mois de juillet, l'opération palliative de la paracenthèse, au moyen de laquelle on évacua du ventre environ un seau ordinaire plein de sérosité. Mais l'avantage qu'en recueillit le patient ne fut pas de longue durée, car à peine huit jours s'étaient-ils écoulés, depuis la sortie du liquide abdominal, que déjà le ventre avait récupéré son volume primitif; la récidive fut prompte et évidente. Que restait-il à faire? L'enfant fut renvoyé chez lui comme incurable au mois d'août dernier, et peu après il me fut adressé; je m'assurai que, quoiqu'étant d'un tempérament lymphatique, il n'avait jamais souffert d'affections strumeuses et n'avait point offert les symptômes du carreau au début de sa maladie. Son ventre, énormément distendu, couvrait en partie les cuisses et empiétait sur les cavités thoraciques; la fluctuation était des plus manifestes; l'orthopnée était excessive; il ne dormait plus qu'à de rares intervalles; bien plus, une violente inflammation de la partie inférieure du tube digestif, caractérisée par une diarrhée sanguinolente, accompagnée d'atroces coliques, qui lui arrachaient des cris et des plaintes continuels, soit qu'elle fût le résultat du traitement préconisé dans l'ascite par l'aveugle routine, soit qu'elle fût spontanée et accidentelle, était venue se joindre à l'affection existante, et compromettait doublement la vie du malade.

Avant de rien tenter contre l'ascite, je m'efforçai de faire disparaître l'inflammation accidentelle, ce que j'obtins heureusement, au bout de peu de jours, par un traitement approprié; mais alors l'état d'horrible dyspnée exigea impérieusement l'opération de la paracenthèse, que je pratiquai le huit septembre dernier; j'évacuai ainsi plus de dix litres de sérosité citrine, et après un nouvel examen du ventre qui me permit de m'assurer que tous les organes de cette cavité paraissaient être à l'état d'intégrité, et que j'avais

bien réellement affaire à une ascite essentielle, j'injectai dans la cavité péritonéale, par la canule du trocart, et au moyen d'une seringue en verre, un mélange de trois onces d'eau tiède et de trois gros de teinture d'iode ; par des frictions douces je fis circuler le mélange par toute la cavité péritonéale ; lorsque, au bout de quelques minutes, je voulus faire ressortir la solution, je vis avec surprise qu'il ne s'écoulait par la canule qu'une très-petite quantité de sérosité jaunâtre ; sans m'inquiéter du séjour de la majeure partie de l'injection dans la cavité péritonéale, je retirai la canule et procédai au pansement comme d'habitude. Le patient n'avait presque point accusé de douleur pendant cette opération.

Le jour même et le lendemain, il se déclara une légère péritonite, caractérisée par de la fièvre, l'accélération, le serrement et la petitesse du pouls dit abdominal, quelques vomissements bilieux, quelques douleurs lancinantes, une grande sensibilité et la distension tympanique du ventre. Cette réaction inflammatoire ne dépassant pas les limites qui me parurent favorables à la guérison, je me bornai, pour toute médication, à prescrire le repos, la diète absolue et des boissons délayantes. Au bout de cinq à six jours, toute trace inflammatoire avait disparu, mais un épanchement modéré avait reparu dans la cavité abdominale, reconnaissable par une fluctuation sourde; cependant, le ventre, devenu indolent, avait perdu les cinq sixièmes de son volume. Je recommandai alors un régime fortifiant : soir et matin des frictions sur l'abdomen, la compression uniforme du ventre au moyen d'un bandage de corps lacé; je favorisai les évacuations alvines et vésicales, et dès que l'état du petit malade le permit, je recommandai les promenades à la campagne.

Un succès complet a couronné cette méthode curative, hétéroclite mais rationnelle, et aujourd'hui, près de quatre mois après l'opération, il ne reste à ce pauvre enfant que le souvenir de sa longue et cruelle maladie, laquelle l'eût indubitablement entraîné au tombeau, si je n'étais point parvenu à arrêter sa marche funeste. Quoique le développement constitutionnel du sujet ait été arrêté, il n'a plus actuellement le ventre plus développé qu'un enfant bien portant de son âge, et il continue à faire des progrès en vigueur et en santé.

Quel a été dans l'espèce l'effet de l'injection iodée? Changement du mode anormal de vitalité de l'exhalation et de la résorption de la membrane séreuse péritonéale, en ce sens qu'un commencement d'ascite sthénique s'est déclaré, mais que bientôt l'équilibre rompu entre ces deux fonctions, au détriment de cette dernière, s'est rétabli et a ramené avec lui la santé.

On peut se demander actuellement, tout en admettant le principe des injections curatives dans l'ascite essentielle asthénique chronique, quelle est l'époque de la maladie qu'il faut choisir pour pratiquer ces injections, et à quelle injection il faut donner la préférence? Je pense que l'on peut hardiment répondre au premier point, que le moment de faire l'injection dans la cavité péritonéale doit être l'époque à laquelle on pratiquera la première opération de paracenthèse, parce que dans l'ascite on ne peut guère espérer une guérison spontanée comme on en cite des exemples après une première évacuation de quelques autres cavités séreuses; ensuite parce que, si l'on attend trop longtemps, par exemple jusqu'à ce que la désorganisation du péritoine se soit déclarée, indiquée par la qualité du liquide évacué, ou jusqu'à ce que l'ascite ait donné naissance à d'autres désordres graves dans l'économie, les injections ne pourront plus avoir aucun résultat avantageux.

Quant à la nature de l'injection qu'il convient de pousser dans le péritoine, je me hâte de proclamer qu'il convient de donner la préférence à la teinture d'iode diluée. Si je me suis trouvé arrêté devant l'idée d'injecter du vin chaud dans la cavité péritonéale, je n'ai pas hésité à y injecter une solution de teinture d'iode, fort de l'appui de mon expérience; car j'ai eu recours à cette espèce d'injection dans un assez grand nombre de circonstances, dans l'hydrocèle de la tunique vaginale où non-seulement elle a guéri, mais a même dissipé merveilleusement des engorgements testiculaires chroniques volumineux; dans l'hydrocèle enkystée du cordon, dans l'hydropisie de plusieurs bourses muqueuses préarticulaires, dans des trajets fistuleux, dans des abcès froids chroniques, etc., toujours avec un plein succès et au grand avantage des malades, qui préfèrent les moyens les plus doux à chances égales, les suites des injections iodées ayant toujours été fort légères et n'ayant même le plus souvent pas réclamé l'alitement. Ce résultat s'explique d'ailleurs par la prompte résorption de la teinture iodique diluée, après une excitation locale, temporaire, modérée et avantageuse, que l'on chercherait vainement dans une autre substance.

DÉC. 1847.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°				
1	761,36	+ 9,2	+10,9	+ 4,0	88,0	4,58	OSO.-NO.	Très-beau.
2	767,52	+ 3,3	+ 7,3	+ 2,3	93,0	»	OSO.	Très beau; le soir menaçant.
3	763,45	+ 8,3	+ 9,3	+ 7,0	98,0	0,64	OSO.-SO.	Brumeux; pluie le soir.
4	757,52	+ 6,4	+ 8,6	+ 5,9	96,0	7,77	SO.-SSO.	Nuageux; pluvieux le matin.
5	741,33	+ 9,1	+ 9,4	+ 3,4	95,0	5,73	SO.-OSO.	Pluv. et venteux le m.; s'éclaircit après midi; beau le s.
6	737,85	+ 6,4	+11,1	+ 3,2	96,0	2,04	SSO.-OSO.	Averses, grand vent.
7	725,74	+ 3,8	+ 5,9	+ 3,2	92,0	10,44	SO.-ONO.	Pluvieux, grand vent.
8	743,71	+ 4,6	+ 5,5	+ 1,1	87,0	8,65	ONO.-OSO.	Variable; pluie le matin.
9	755,25	+ 4,2	+ 5,9	+ 1,0	91,0	0,89	SO.-SSO.	Sombre; pluie et vent dans la matinée.
10	758,61	+ 7,4	+ 8,9	+ 5,8	94,5	0,25	SSO.	Brumeux.
11	756,19	+ 4,9	+ 7,4	+ 3,7	87,0	»	SSO.	Nuageux, assez beau.
12	760,86	+ 6,2	+ 9,2	+ 2,7	94,0	»	SSO.	Assez beau, quoique couvert.
13	762,61	+ 1,1	+ 6,1	+ 3,0	94,0	»	SSO.-S.	Très-beau.
14	763,06	+ 2,4	+ 7,2	+ 1,2	89,0	»	S.-SSO.	Très beau.
15	764,17	+ 3,2	+ 7,5	+ 1,9	91,0	»	SSO.-S.	Superbe.
16	761,47	+ 2,2	+ 6,9	+ 1,2	92,0	»	S.	Magnifique, pas un nuage.
17	759,24	+ 5,4	+ 8,7	+ 2,1	92,0	»	SSO.	Nuageux.
18	753,36	+ 3,4	+ 6,1	+ 2,5	90,0	»	S.-SSE.	Nuageux, assez beau.
19	747,28	+ 2,4	+ 5,5	+ 0,1	97,0	»	S.-SE.	Nuageux.
20	748,90	— 0,4	+ 0,6	— 3,7	95,5	3,05	ESE.-E.	Vaporeux.
21	748,48	— 2,4	— 1,1	— 5,4	90,0	»	E.	Beau.
22	752,08	— 4,4	— 1,1	— 5,9	94,5	»	SE.	Beau.
23	757,21	— 3,9	— 0,9	— 5,2	98,0	»	SE.-SSE.	Variable.
24	754,46	— 0,6	+ 0,6	— 1,7	98,0	0,13	SSE.-ESE.	Gris, sombre, dégel.
25	761,25	+ 0,4	+ 1,2	— 1,7	97,5	»	E.-ENE.	Sombre le matin; se découvre après midi.
26	762,21	— 2,1	— 1,7	— 3,4	96,5	»	E.-ENE.	Sombre.
27	762,49	— 4,4	— 2,2	— 4,7	98,0	»	NE.-NNO.	Gris, sombre, menaçant la neige.
28	762,06	— 3,7	— 1,4	— 4,2	97,0	0,89	NNE.-E.	Gris, neige.
29	762,55	— 2,5	+ 0,0	— 4,1	97,0	»	E.-SO.	Sombre; s'éclaircit le soir.
30	756,67	— 5,5	— 1,4	— 6,4	92,0	»	SSO.-S.	Superbe, pas un nuage.
31	755,81	— 3,8	— 1,0	— 6,4	94,0	»	S.-ENE.	Assez beau.

MÉLANGES.

Note sur une propriété de la Gutta-Percha.

Par le docteur Jacobs, élève interne à l'hôpital St-Jean.

Parmi les propriétés remarquables dont jouit la Gutta-Percha, celle qu'elle possède de se dissoudre dans le sulfure de carbone, promet d'avoir de nombreuses applications en chirurgie. On sait que le sulfure de carbone est très-volatil; lorsqu'il a en solution la Gutta-Percha, il ne perd rien de sa volatilité. A l'aide de cette substance intermédiaire, la Gutta-Percha se laisse étendre sur quelque corps que ce soit, s'y dessèche et forme une couche adhérente d'une épaisseur voulue, imperméable à l'air et à l'eau. C'est en se fondant sur cette propriété, que M. A. Uytterhoeven, chirurgien en chef de l'hôpital St-Jean, a songé à employer cette solution dans les cas où le contact de l'air est à redouter, lorsqu'il peut communiquer soit avec des plaies soit avec des cavités naturelles ou accidentelles. Ce vernis a été étendu sur un abcès dépendant d'une carie des côtes ; après qu'il fut vidé par la ponction, une mouche de taffetas gommé fut appliquée sur l'ouverture; et sur la mouche et la peau environnante on étendit une couche de cette solution. On conçoit que l'on peut facilement éviter, de cette manière, l'inflammation des parois du kyste de l'abcès et vider celui-ci aussi souvent que la collection du liquide l'exigera. M. Uytterhoeven a encore employé ce vernis pour empêcher l'entrée de l'air dans une articulation ouverte par une plaie. La plaie étant large, aucun moyen de réunion n'ayant réussi, on étendit sur celle-ci un morceau de toile que l'on enduisit de vernis de Gutta-Percha. La communication avec l'air fut ainsi interrompue, une ouverture capillaire laissée à la toile permit au trop plein du liquide que sécrète l'articulation malade de se déverser au dehors. Dans ces deux essais, le résultat fut satisfaisant. Tels sont les cas dans lesquels ce vernis a été mis en usage : c'est à l'expérience à décider ce que l'on peut attendre de ces premiers essais.

Le chloroforme doit-il être préféré a l'éther ? Dans un travail digne au plus haut point de fixer l'attention des chirurgiens (1), M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) examine cette question :

Si vous deviez vous-même subir une grande opération chirurgicale, à quel moyen anesthésique auriez-vous recours, à l'éther ou au chloroforme ?

M. Sédillot répond sans hésitation : *j'aurais recours à l'éther.*

(1) De l'insensibilité produite par le chloroforme et par l'éther, et des opérations sans douleur; par C. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, correspondant de l'Institut, etc.

Cette réponse, dit la *Gazette médicale de Strasbourg*, rendant compte de l'ouvrage de M. Sédillot, est une démonstration décisive en faveur de l'éther. Il est évident que le chloroforme possède une action beaucoup plus énergique l'instantanéité et la persistance des effets en sont les caractères essentiels. L'organisme est fortement troublé et peut-être le sang devient-il le siége de combinaisons particulières, dont la fixité explique l'aggravation spontanée du phénomène anesthésique, quelque temps encore après la cessation des inspirations. —Le chloroforme, si facile à respirer une première fois, excite ensuite une répugnance instinctive et presque insurmontable qu'on n'éprouve pas contre l'éther.

Mais ce n'est point en ces termes absolus, *être ou ne pas être*, que la question se pose entre ces deux agents remarquables. Ce sont *deux puissants dieux* et leurs partisans respectifs n'ont pas le droit de se dire : *Lui seul est Dieu et le vôtre n'est rien*. A chacun son domaine, d'inégale étendue sans doute ; mais ici encore c'est par la conciliation, par la satisfaction donnée à des prétentions différentes et non opposées que se termine la querelle.

Voici les conclusions pratiques déduites par M. Sédillot de la comparaison des deux substances :

« *Ce sont là deux agents d'une merveilleuse, mais inégale puissance. Des indications spéciales doivent en être déduites.*

« *Le chloroforme domptera facilement la résistance des personnes vigoureuses, d'une énergique vitalité, habituées aux boissons alcooliques. Il sera d'un emploi beaucoup plus facile pour les chirurgiens, et il devra être préféré chez les malades qu'incommode l'éther.*

« *Cette dernière substance sera particulièrement applicable aux individus déjà affaiblis, et nous maintenons la contre-indication de l'anesthésie chloroformique dans tous les cas d'extrême débilitation.* »

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. *Traitement de l'épilepsie ;* par M. DELASIAUVE, médecin de Bicêtre.

(Suite : *voir* t. V, mai 1847, p. 12 ; t. VI, juin, p. 66 ; t. VII, juillet, p. 65 ; t. IX, septembre, p. 15 ; t. XI, novembre, p. 17 ; t. XII, décembre, p. 1 ; t. I, janvier 1848, p. 1.)

(Annales médico-psychologiques, janvier 1848.)

Conclusion. — En commençant l'inventaire que nous venons d'achever, nous avons laissé entrevoir combien étaient précaires les ressources que nous possédons contre l'épilepsie. Cette prévision n'a reçu de l'exposé des faits qu'une confirmation trop réelle. Dans la majorité des cas, le mal caduc résiste aux efforts de la nature et aux remèdes ; et lorsque parfois il guérit ou s'améliore, il n'est pas toujours possible d'assigner la véritable cause de ces changements favorables. L'imperfection de la plupart des observations, qui ne signalent ni la marche des accidents, ni le temps écoulé depuis leur disparition, contribue pour beaucoup à cette incertitude. Il ne paraît pas douteux néanmoins que, parmi les médications qui ont été préconisées, plusieurs ne soient susceptibles d'exercer une influence utile. Et ici, tout d'abord, se présente une question capitale. Comment envisager l'épilepsie ? Constamment identique à elle-même, les moyens destinés à la combattre dans un cas sont-ils également applicables dans les autres ? ou bien, diversifiée dans ses espèces, celles-ci réclament-elles autant de traitements particuliers ? On conçoit, en effet, l'importance qui s'attache à l'éclaircissement de ce point, puisque, dans la seconde hypothèse, au lieu de traiter aveuglément, comme la plupart du temps cela s'est fait jusqu'ici, on pourrait, se fondant sur une distinction plus exacte des cas, concevoir l'espérance d'arriver à augmenter les chances de guérison par un emploi rationnel des agents médicamentaux et hygiéniques.

Les auteurs qui ont écrit sur l'épilepsie ont, il est vrai, cher-

ché à établir des catégories. Nous avons indiqué les divisions admises par Arétée, Alexandre de Tralles, Tissot, lesquelles ont été reproduites par Portal et Esquirol. Malheureusement ces divisions ne reposent que sur les conditions les plus ordinaires du mal épileptique. Elles accusent bien certains états généraux de l'économie, certaines altérations locales siégeant dans le cerveau ou dans les autres parties et qui mettent en jeu la disposition spasmodique. Tels sont les divers désordres organiques qui provoquent ou entretiennent les épilepsies que nous avons étudiées à la fin de notre travail ; celles qui résultent d'une lésion de l'encéphale ou des tissus environnants ; les épilepsies sympathiques, scrofuleuses, vénériennes, psoriques, saturnines, etc. Il est même d'autant plus essentiel de s'assurer de ces désordres, lorsqu'ils existent, en interrogeant minutieusement chaque appareil, chaque fonction, que le traitement dirigé contre eux doit amener la cessation des symptômes convulsifs qui leur sont subordonnés. Plus d'un succès, indubitablement, s'est trouvé compromis parce que cette recherche a été ou négligée ou faite avec un soin insuffisant. Mais les cas dont il s'agit, quoique méritant une grande attention, ne sauraient servir de base à une classification fondamentale. Leur nombre est respectivement très-limité, et d'ailleurs ils répugnent au type idéal de l'affection, que l'on a coutume de regarder comme purement nerveuse et exempte de lésions matérielles, du moins appréciables.

Une division beaucoup plus intéressante serait celle qui porterait sur les faits de ce dernier ordre, lesquels sont aussi les plus fréquents ; or, a-t-on remarqué entre ceux-ci des différences assez tranchées pour être autorisé à établir cette division ? Dans les observations que nous avons parcourues, aucune trace, disons-le, ne révèle la pensée d'une délimitation quelconque en ce genre. Loin de là, d'après l'idée qu'on s'est formée du caractère unitaire de la maladie, comme on n'a point senti le besoin d'insister sur les particularités de son histoire et de son traitement, ces observations sont fort peu explicites, et ces données manquent ainsi pour une analyse comparative.

Cependant, si des dissemblances n'ont point été signalées, il est assez présumable qu'il en existe. On ne saurait croire que la diversité des tempéraments, le degré de la sensibilité individuelle et la variété des causes internes ou externes qui provoquent les accidents, ne puissent apporter de graves modifications aux épilepsies. La forme, la fréquence, l'ordre d'apparition des attaques, indépendamment d'autres signes spéciaux à chaque malade, confirment cette vraisemblance. Lorsqu'enfin, à des mé-

dications demeurées infructueuses, succèdent des médications souvent opposées qui réussissent, n'est-ce pas là encore une nouvelle preuve à l'appui du même principe?

La science offrirait donc, en admettant que ce que nous avançons fût fondé, une importante lacune à combler relativement au mal caduc. Il faudrait, non plus se contenter d'enregistrer les résultats d'essais exclusivement empiriques, mais soumettre les faits et les méthodes de traitement à un rigoureux contrôle, en noter les moindres circonstances, s'efforcer d'en faire jaillir les analogies et la portée. Ce serait, sans contredit, une tâche extrêmement ardue. Dans la pratique ordinaire, l'isolement des cas et la multiplicité des remèdes à expérimenter la rendraient même impossible. Mais dans les établissements publics, où une réunion d'épileptiques nombreuse et bien ordonnée permettrait d'opérer sur une échelle convenable, on finirait sûrement, à force d'ardeur et de persévérance, par préciser la correspondance de tel ou tel ordre d'agents thérapeutiques avec des formes plus ou moins exactement déterminées de l'épilepsie, et à déduire de cette correspondance les indications et les règles les plus précieuses. C'est, en tout cas, une entreprise digne d'être tentée.

Quant à présent, il n'est aucun moyen de connaître l'efficacité absolue ou relative des diverses médications auxquelles on a eu recours. On pourrait, sans doute, compter les cures ou améliorations obtenues par chacune d'elles, mais ce calcul n'aurait d'utilité qu'autant qu'il conduirait à des proportions sur un chiffre donné, et cette condition est irréalisable faute d'éléments statistiques qui établissent, en même temps que la quantité des guéris ou des améliorés, la somme des individus chez lesquels les soins ont été infructueux. Il est d'ailleurs plusieurs remèdes dont l'application, ou trop récente ou trop circonscrite, n'a point été suffisamment consacrée par l'expérience. En l'absence de documents plus positifs, l'estimation des méthodes antiépileptiques ne peut donc reposer que sur des impressions plus ou moins senties. Voyons, à ce titre, quelles sont de ces méthodes celles qui paraissent mériter la préférence.

En premier lieu, nous avons parlé des débilitants. On a dit du sang qu'il était *le frein des nerfs*; cet aphorisme n'est vrai qu'en partie. Si la faiblesse expose à des troubles nerveux que fait cesser un régime fortifiant et réparateur, fréquemment aussi on n'a pas à opposer à ces mêmes accidents des moyens plus efficaces que ceux qui diminuent l'énergie vitale. Il suffit quelquefois d'une saignée pour conjurer les attaques d'hystérie ou d'éclampsie. Dans la majeure partie des cas, les convulsions des

enfants, quand elles ne sont pas occasionnées par des vers, cèdent avec facilité aux sangsues et aux bains. L'usage de ces moyens est également avantageux dans l'épilepsie, ou peut obvier aux dangers des congestions cérébrales, dont cette affection s'accompagne. Il convient, autant que possible, de modérer l'activité de la circulation. Toutefois, et l'indication contenue dans la phrase qui précède le laisse assez entrevoir, leur influence est rarement directe ; elle se borne le plus souvent ou à détruire des complications menaçantes, ou à placer les malades dans des conditions favorables à l'action des autres médicaments. Journellement on pratique aux épileptiques des émissions sanguines, on leur prescrit des délayants, des bains, sans qu'il survienne d'amendement dans les accès. L'histoire de la science ne fait non plus mention que d'un très-petit nombre de cures qui soient exclusivement attribuées à la méthode antiphlogistique.

Les évacuants, sous le rapport de leur rôle dans la maladie qui nous occupe, peuvent être rangés sur la même ligne que les débilitants. On ne les administre guère que dans la vue de modifier certaines dispositions morbides susceptibles d'aggraver les accidents convulsifs ; ainsi les embarras gastro-intestinaux, la pléthore bilieuse, la constipation, diverses affections viscérales ou cutanées, etc. On compte cependant quelques guérisons remarquables par les vomitifs, que des inconvénients, que l'on s'est vraisemblablement axagérés, font, à tort peut-être, sacrifier aux purgatifs. Des résultats non moins heureux ont également été produits par des exutoires, spécialement dans les cas où ceux-ci ont eu pour objet de remplacer ou de rappeler une suppuration tarie, une éruption répercutée ou trop promptement disparue.

Nous ne dirons que peu de chose des toniques. Ils viennent naturellement en aide aux autres moyens lorsqu'il y a indication de relever les forces épuisées, ou de remédier à certaines cachexies. Mais, sauf les martiaux, dont Tissot croyait avoir à se louer, et le quinquina, sur lequel nous reviendrons dans un instant, les substances dont cette classe se compose ne passent point pour être douées de propriétés antiépileptiques.

Sous ce rapport, au contraire, les sédatifs fournissent au traitement du mal caduc un assez fort contingent. Leur histoire ainsi liée à celle des spécifiques de cette affection, les nouvelles observations qui leur seraient applicables se confondent avec celles dont ces derniers vont être l'objet.

Parmi les agents réputés antiépileptiques, la valériane, sans affecter la prééminence que lui attribuait Tissot, conserve tou-

jours un rang honorable ; peut-être même n'a-t-elle perdu une partie de sa vogue, qu'à cause de la concurrence d'autres médications qui ont empêché qu'on ne l'administrât avec autant de suite et de raisonnement qu'auparavant. Plusieurs praticiens en font encore la base exclusive du traitement qu'ils dirigent contre l'épilepsie. Il y a quinze jours à peine qu'un de nos confrères les plus distingués de la capitale, M. Téallier, nous racontait l'histoire de trois de ses malades qu'il avait guéris à l'aide de la seule décoction de valériane régulièrement administrée, à la dose de deux verres matin et soir, pendant deux et trois années. D'abord les accès s'éloignèrent, puis disparurent. En ce moment, nous-même prescrivons cette préparation à un enfant de huit ans atteint d'attaques épileptiques, qui depuis huit ou dix mois se renouvelaient plusieurs fois dans la journée. Il y a environ cinq semaines que ce traitement dure, et les accidents, qui ont cessé dès le troisième jour, ne se sont point remontrés encore. Il est vrai que dans ce cas un autre médicament, qui passe également pour antiépileptique, a été uni à la valériane, et que certaines conditions hygiéniques, que nous aurons occasion d'apprécier plus loin, ont pu n'être pas étrangères à l'amélioration survenue chez notre jeune malade.

Moins puissante que la valériane, l'assa fœtida n'est pas cependant employée sans profit dans l'épilepsie. Si elle opère peu de cures radicales, incontestablement dans un grand nombre de cas, elle modère les accès et en diminue la fréquence.

L'hydrocyanate de fer, conseillé par M. Jansion, est peut-être plus digne de faveur encore; quelques essais entrepris par nous corroborent du moins les résultats annoncés par M. Jansion.

D'après les faits que nous avons rapportés, il nous paraît également difficile de ne pas accorder quelque confiance aux effets curatifs de la belladone ; ceux de la digitale sont beaucoup plus équivoques. Aux résultats déjà mentionnés, il convient toutefois de joindre plusieurs exemples de succès qu'un médecin de Lille, M. Plouviez, assure avoir obtenus d'une combinaison dans laquelle entrait cette substance (*Journ. des conn. méd.-chirurg.*, octobre 1847, p. 196).

Deux remèdes ont particulièrement fixé notre attention : la poudre de racine d'armoise et l'ammoniaque liquide d'après la formule de MM. Delanglard, Pinel-Grandchamp et Martinet. Ces substances n'ont pas, à la vérité, été l'objet d'expériences multipliées ; mais leur action a eu cela de remarquable, qu'elle a été pour ainsi dire instantanée. Les guérisons, d'ailleurs, paraissent s'être soutenues. Ajoutons qu'au moment où ces lignes sont con-

fiées à la presse, nous avons commencé de soumettre à l'usage de la potion ammoniacale quatre de nos épileptiques, dont trois atteints d'attaques quotidiennes, et que deux jours se sont déjà écoulés sans qu'aucun d'eux ait éprouvé de chute.

En traçant l'histoire du camphre au point de vue de l'épilepsie, nous avons laissé entrevoir l'idée que cet agent, qu'aucun fait ne recommande, pourrait bien satisfaire à une indication importante. Cette indication résulte du penchant effrené de certains épileptiques à la masturbation, abus qui contribue à entretenir et à aggraver leur mal. On sait, en effet, que le camphre jouit de la propriété de tempérer les ardeurs sensuelles. Désireux de vérifier ce qu'il pouvait y avoir de fondé dans cette présomption, nous avons fait prendre du camphre à la dose de 10 à 50 centigrammes, soit seul, soit associé à d'autres remèdes, à plusieurs malades notoirement adonnés à la funeste habitude de l'onanisme, et sur lesquels nous avons fait exercer une surveillance spéciale. Tous ces individus avaient des accès extrêmement répétés ; deux sont dans un état habituel de stupeur et de paralysie. Or, sous l'influence de cet anaphrodisiaque, la salacité a perdu de sa violence, les crises convulsives sant devenues plus rares, et chez ceux qui étaient frappés de stupeur et de paralysie, ces phénomènes ont fait place à un retour prononcé de la liberté des mouvements et de l'intelligence.

Dans la longue liste des antiépileptiques, les remèdes dont nous venons de rappeler l'action, en la précisant, nous ont paru avoir une utilité bornée peut-être, mais évidente ; à l'égard des autres, dont quelques-uns ont été très-préconisés, la certitude n'est pas la même. Le pouvoir des préparations de zinc est plus que douteux ; on accuse d'infidélité le musc, le castoreum, l'ambre, etc. Les opiacés généralement nuisibles ne conviennent que dans des circonstances exceptionnelles. Les cuivreux n'ont produit que des résultats isolés lentement obtenus, et par cela même suspects. Le crédit du nitrate d'argent, de l'indigo, etc., pendant plusieurs années si puissant, est aujourd'hui gravement ébranlé. Le sulfate de quinine lui-même ne répond que dans une faible mesure aux expériences que certains auteurs en avaient fait concevoir, même dans les cas où ses propriétés spéciales sembleraient devoir lui assurer une efficacité moins inconstante. Nous ne voulons pas prétendre que ces moyens soient tout à fait indignes de confiance ; nous inclinons plutôt à croire que les épileptiques peuvent quelquefois avoir eu à se louer de leur emploi. Mais soit que le diagnostic laissât des doutes, que les guérisons n'offrissent pas les garanties désirables, ou qu'en raison

de la longueur de la maladie, de sa marche incomplétement caractérisée, les changements pussent être attribués à d'autres circonstances qu'aux remèdes, l'opinion, quant à présent, demeure forcément en suspens touchant les avantages qu'on en doit recueillir.

Tel est le jugement vague et plein d'hésitation qui ressort de l'aperçu jeté sur le traitement médical de l'épilepsie. On n'a que des notions approximatives sur la valeur comparative des médicaments, et on ignore davantage encore le genre d'influence qu'ils exercent. Ce n'est pas, du reste, sur ces seuls points que l'insuffisance de la science est regrettable. L'administration même de ces médicaments soulève quelques questions importantes qui à peine ont été entrevues, et pour lesquelles malheureusement les documents concernant l'affection épileptiqne ne contiennent point d'éléments de solution.

Souvent, par exemple, on combine plusieurs médications, on associe différents remèdes. Nous avons cité le traitement de M. Fauverge, imité par d'autres praticiens, celui de M. Michel de Barbentane et beaucoup d'autres. M. Plouviez, dont nous avons parlé il n'y a qu'un instant, emploie pour ainsi dire simultanément les saignées, les sangsues, les révulsifs, les ventouses Junod, les bains abaissés successivement à la température de 18° à 8°, et pris pendant quatre à cinq minutes, et des pilules composées de belladone, de digitale et d'indigo. On trouvera réunies plus loin des séries de modèles dans lesquelles figurent la plupart de ces formules complexes. Or, quelle loi, quelles règles président à ces combinaisons? De nos jours on tend judicieusement à simplifier les recettes; n'est-il pas à craindre qu'en continuant à les compliquer chez les épileptiques, au lieu d'une action nette, efficace, facilement appréciable, les résultats n'aboutissent qu'à la neutralisation d'un agent par un autre? Quelquefois le but que se propose le médecin est évident, rationnel. Joindre aux moyens ordinaires les antiphlogistiques pour diminuer un état de pléthore et de congestion qui aggrave les accès, les évacuants pour remédier à une disposition saburrale, le camphre pour appaiser la fureur onanique, le quinquina ou les anthelminthiques pour détruire la périodicité ou la complication vermineuse, c'est remplir des indications positives. On agit doublement sur l'affection; mais, dans la majorité des cas, on n'est dirigé par aucun de ces mobiles; seuls le caprice, l'arbitraire décident. Que de points cependant mériteraient d'être éclaircis! Faut-il, dans les combinaisons dont il s'agit, fixer son choix sur des éléments similaires, ou peut-on prendre ceux-ci dans les catérogies oppo-

sées? En supposant cette diversité, de quelle façon coordonner l'emploi de chacun? Doit-on marquer des jours différents pour les diverses médications, ou seulement entremêler les heures de leur application dans la même journée? Ou, sous ce rapport, ce qui convient à l'une ne repugne-t-il pas à l'autre? On est parfois en quête de sujets de recherches. Les problèmes non résolus abondent pourtant dans la science, et il n'est pas nécessaire de creuser avant dans ce sol pour découvrir des mines à exploiter!

Une autre question intéressante est celle des doses auxquelles les médicaments que l'on prescrit doivent être portés; les traitements de l'épilepsie se poursuivent ordinairement longtemps. Est-il à propos, pendant leur durée, de varier les proportions des remèdes ou de maintenir ces proportions uniformes? A défaut de préceptes réguliers, les histoires particulières fournissent, du moins à cet égard, quelques indications susceptibles d'être traduites en principes. En général, quelle que soit la méthode adoptée, on s'est accordé à admettre le système des doses croissantes. On commence par les plus faibles, que l'on élève progressivement jusqu'au degré où l'on croit que la tolérance pourra s'en effectuer sans dommage. Deux ordres de considérations viennent à l'appui de cette pratique. Naturellement il est permis d'espérer que, si l'agent thérapeutique est utile, son succès sera d'autant plus rapide et plus sûr qu'il en aura été employé une quantité plus considérable. D'un autre côté, ne sait-on pas que l'habitude émousse la sensibilité, et qu'un remède qui, les premiers jours, déterminait des troubles profonds dans l'économie, finit par ne plus causer à la longue la moindre impression? Ces résultats sont, en effet, d'observation quotidienne. Ils souffrent cependant quelques restrictions et ne sauraient servir de règle pour tous les cas. Parfois, au lieu de venir insensibles à l'action continuée des traitements, les organes se fatiguent et s'altèrent. On est alors obligé de modérer la dose des médicaments, ou même d'en suspendre provisoirement l'usage. La belladone en particulier a le triste privilège d'imposer fréquemment cette conduite, tant son influence sur les fonctions cérébrales est persévérante. Ajoutons que, relativement au point qui nous occupe, ni la période ni l'intensité du mal ne sont indifférentes à envisager, et que lorsque celui-ci faiblit ou décline, une médication énergique est moins impérieusement réclamée. Aussi voit-on beaucoup de praticiens, quand les attaques n'apparaissent plus que de loin en loin, opérer une diminution graduelle des doses des remèdes. M. Téallier, chez les épileptiques dont nous avons cité la cure,

ne prescrivait plus à la fin que deux verres seulement de décoction de valériane dans les vingt-quatre heures.

Nous n'avons pas tout dit sur l'administration des médicaments. Cette partie si essentielle du traitement s'offre sous un dernier aspect, qui n'a pas été mieux éclairé que les précédents. Il s'agit de l'ordre, selon lequel il convient que les épileptiques suivent les médications qui leur sont indiquées. Est-ce d'une manière continue ou intermittente? Et quand nous établissons cette distinction, nous avons surtout en vue les agents spécifiques ; car il est tels moyens, comme les émissions sanguines, les purgatifs, qui, par leur nature même, se refusent à une application journalière. Or, dans la plupart des cas, nous voyons qu'à moins de suspensions nécessitées par des accidents, le traitement n'a subi aucune interruption pendant toute sa durée, qui quelquefois a compris des mois, des années entières. Cette persévérance a-t-elle été opportune? Les exemples contraires sont trop peu nombreux pour qu'on puisse porter un jugement certain à cet égard. M. Lombard (de Genève) prescrivait le nitrate d'argent huit à dix jours de suite, et ne l'ordonnait de nouveau qu'après un pareil intervalle de repos. M. Jansion n'avait recours à son hydrocyanate de fer qu'au déclin de chaque lune. Mais ce mode d'administration a-t-il été pour quelque chose dans les succès que ces médecins assurent avoir obtenus? Le procès est difficile à vider. Les essais comparatifs de l'une et de l'autre méthode manquant, ainsi que les données sur l'action réelle des remèdes, on en est réduit aux conjectures.

Selon nous, il faut tenir compte de la marche des accidents. Quand les attaques sont nombreuses, rapprochées, irrégulières dans leur retour, il peut être avantageux d'opposer un obstacle incessant à une tendance morbide permanemment agissante; mais un semblable intérêt ne paraît pas exister, lorsque ces mêmes attaques laissent entre elles des espaces plus ou moins longs, de huit jours, quinze jours, un mois et davantage. Du reste, plusieurs auteurs se sont fait de l'épilepsie une idée qui, si elle avait de la réalité, conduirait à des conséquences pratiques importantes. Ils assimilent cette affection à une habitude. Presque toujours, en effet, pour peu qu'on observe avec attention le cours des accès, on aperçoit que ceux-ci, le plus souvent sans cause appréciable, affectent dans leur reproduction une sorte d'uniformité, revenant à des heures, à des jours, à des périodes plus ou moins fixes, comme si l'organisme eût moins contracté une maladie véritable, que l'aptitude à l'une de ces fonctions périodiques, dont l'état normal ou morbide nous fournit plus d'un

exemple. Dans cette supposition, l'indication serait urgente et manifeste. Les efforts de l'art devraient tendre à interrompre cette fonction pathologique, en en troublant l'exercice. Cette indication semble avoir été prévue par Van Swieten, qui, en parlant de la nécessité d'éloigner les causes susceptibles d'exciter les accès, s'exprime ainsi dans une juste et ingénieuse comparaison : « Comme les tracés des idées qui ne sont point, dit-il, rappelées de temps en temps, s'effacent entièrement, de même, si les mouvements épileptiques ne sont point renouvelés, l'aptitude à les renouveler se détruit. » Parmi les faits rapportés dans ce travail, plusieurs sont de nature à corroborer la théorie de Van Swieten. Tels sont ceux où Pinel, à l'aide des respirations d'ammoniaque, procurait la cessation des attaques, en les faisant avorter au moment où elles se produisaient. Tels sont également ces cas de mal caduc avec *aura*, dans lesquels on est arrivé au même résultat par la ligature ; ces épilepsies sous forme intermittente amenées artificiellement à ce type, comme chez le malade de Dumas, ou remplacées par une fièvre périodique, comme chez ceux du docteur Sélade de Bruxelles, et dont le sulfate de quinine a fait justice. A force d'entraver dans toutes ces circonstances la manifestation de la propulsion pathologique, celle-ci a fini par céder elle-même. D'autres témoignages s'ajoutent encore à celui du commentateur de Boerhaave. Nous sommes heureux de pouvoir en particulier citer un savant, dont l'autorité est d'un grand poids en matière d'affections nerveuses. Dans une note que nous devons à la complaisance de M. Ferrus, et dont nous extrairons plus loin divers passages, notre respectable maître regarde, comme une des principales conditions du traitement de l'épilepsie, l'obligation de conjurer l'explosion de l'orgasme cérébral, de combattre la périodicité des attaques. « Il est un fait, dit-il, que nous ne saurions expliquer, mais qui n'en est pas moins constant : c'est qu'il suffit qu'un phénomène se soit plusieurs fois reproduit dans l'économie pour qu'il se montre ensuite de lui-même sans excitation nouvelle. Nul doute que l'épilepsie ne soit souvent dans ce cas, et qu'après avoir longtemps obéi à une impulsion morbide, les accès n'aient plus d'autre raison d'être que leur existence antérieure ; aussi importe-t-il de s'attacher non seulement à modifier le principe même de la maladie, mais la disposition fonctionnelle engendrée par le principe et qui lui survit. »

Si les observations de M. Ferrus sont fondées, et nous sommes pour notre compte disposé à le croire, la médecine du symptôme devrait occuper une assez large place dans le traitement de l'épilepsie. Afin de dévoyer la nature dans la répétition de l'acte con-

vulsif, il faudrait, soit au moment où l'accès se déclare, soit à peu de distance de l'époque à laquelle on prévoit qu'il s'apprête à éclater, chercher par une pertubation plus ou moins énergique à en prévenir le développement. La ligature des membres, dans le cas d'*aura*, les respirations ammoniacales, l'usage de la potion d'alcali volatil, quelque secousse physique ou morale inattendue, etc., peuvent remplir cet office. Marin cite une demoiselle qui prévenait ses accès avec la musique. Une femme, que connaissait Esquirol, avait les siens pendant le premier sommeil, et souvent il lui suffisait de retarder l'heure de son coucher pour qu'ils ne vinssent pas. (P. 329.)

A ce même point de vue, l'administration des moyens antiépileptiques, d'après le système alternant de MM. Jansion et Lombard, de Genève, en substituant un ordre de mouvements périodiques à un autre, aurait inévitablement aussi des avantages. Il serait surtout opportun de favoriser l'action de ces moyens par leur coïncidence avec les attaques, c'est-à-dire de les prescrire, quand l'intervalle entre ces mêmes attaques serait suffisamment prolongé pour le permettre, dans une période qui comprendrait un nombre plus ou moins grand de jours avant ou après leur apparition. Une telle convenance s'étendrait jusqu'à la méthode continue elle-même, en ce sens que, modérée durant le calme, la médication redoublerait d'énergie à l'approche des crises épileptiques. Enfin, si le cas d'imiter l'ingénieux procédé de Dumas se présentait, on s'empresserait de susciter dans l'économie des impressions propres à faire naître un type de périodicité artificielle, des accès que le quinquina aurait toute chance de dissiper.

---

2. *Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne*, par M. le professeur Bouillaud.

(Suite : *voir* t. I, janvier 1848, p. 31.)

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1848.)

Obs. IV. — Amelin, âgé de 36 ans, cordonnier, d'une constitution de force moyenne, était malade depuis deux mois, lorsqu'il fut admis à la Clinique, le 17 mai 1847.

Il était affecté d'une névralgie intercostale et d'une névralgie sciatique du côté droit, d'origine rhumatimale.

Point de fièvre ; rien de notable du côté des voies urinaires.

Le 18 mai. Prescription : *ventouses scarifiées sur le trajet de la douleur de la cuisse, et ensuite vaste vésicatoire sur la même région.*

Le 19. Le malade a éprouvé de fréquentes envies d'uriner, et un sentiment d'*ardeur* en urinant, accompagné d'agitation pendant la nuit.

Les *urines, mousseuses, précipitent abondamment par l'acide nitrique*, comme celles des individus atteints de l'affection dite *maladie de Bright*. En agitant ensuite les urines dans le bocal qui les contient, *elles prennent l'aspect et la consistance d'une émulsion.*

Le 20. Urines claires, d'un jaune orange, avec un léger sédiment floconneux au fond du vase ; elles n'exhalent aucune odeur bien marquée, sont assez mousseuses, d'un aspect un peu visqueux, et rougissent fortement le papier bleu de tournesol ; *elles se troublent seulement un peu par l'acide nitrique.*

Le 21. Le malade n'a plus éprouvé la *moindre ardeur d'urine.*

Les urines, parfaitement limpides, ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

Les 22 et 23. Traitées par l'acide nitrique, les urines ne se troublent point.

Le 1er juin. Le malade sort bien guéri.

Obs. V. — Feuillet, âgé de 25 ans, d'une constitution lymphatique, fut admis à la Clinique, le 24 mai 1847, pour y être traité d'un rhumatisme articulaire *intense*, fixé sur le genou droit au moment de l'entrée.

Le genou, fortement tuméfié (sa circonférence avait 3 centimètres de plus que celle du genou opposé), était demi-fléchi, et ne pouvait être étendu sans que le malade éprouvât une vive douleur.

Les urines ne se troublent point par l'acide nitrique.

Le 25. *Ventouses scarifiées* sur le genou droit; quatre palettes.

Le 26. *Ventouses scarifiées* sur le genou droit, trois palettes; puis *large vésicatoire* sur la même partie.

Le 27. Les urines, rendues de deux à trois heures après l'application du vésicatoire, sont claires, médiocrement mousseuses, et ne se troublent pas par l'acide nitrique.

Au contraire, les urines rendues ce matin (quinze à seize heures après l'application du vésicatoire), plus mousseuses, plus foncées en couleur que les précédentes, précipitent assez abondamment par l'acide nitrique.

Résolution complète de l'affection rhumatismale du genou droit.

Le 28. Les urines, d'une transparence parfaite, d'un jaune citrin, ne se troublent pas par l'acide nitrique.

Légère douleur au genou gauche, sans tuméfaction notable.

Le 29. Persistance de la douleur du genou gauche. (*Large vésicatoire sur cette partie.*)

Le 30. Le malade dit n'avoir éprouvé aucune douleur en

urinant. Les urines ne se troublent point par l'acide nitrique (elles étaient d'ailleurs limpides, d'un jaune citrin, et moussaient peu à l'agitation). Les jours suivants, point de précipité non plus par l'acide nitrique.

Obs. VI. — Pignet, âgé de 32 ans, fut admis à la Clinique, le 2 juin 1847, pour un rhumatisme articulaire aigu avec endocardite.

Le 2. *Ventouses scarifiées sur la région précordiale et le genou droit.*

Le 3. Urines claires, d'un jaune orangé, ne se troublant pas par l'acide nitrique.

Saignée de trois palettes; ventouses scarifiées sur la région précordiale, et puis, vésicatoire sur la même région.

Le 4. Urines transparentes avec un léger dépôt muqueux au fond du vase; elles rougissent assez fortement le papier de tournesol; *elles précipitent abondamment en blanc par l'acide nitrique, et la masse prend l'aspect et la consistance d'un looch.*

Saignée, deux à trois palettes.

Le 5. Le malade va très-bien; *les urines ne se troublent pas notablement par l'acide nitrique.*

Le 6. *Point de précipité dans les urines par l'acide nitrique; convalescence.*

Sortie le 28 juin. La guérison était complète depuis une quinzaine de jours.

Obs. VII. — Rousselet (Mathilde), âgée de 36 ans, d'une constitution peu vigoureuse, un peu anémique, fut admise à la Clinique, le 3 juin 1847. Elle était affectée depuis huit jours d'un rhumatisme articulaire aigu avec coïncidence d'endocardite.

Le 3. *Saignée de trois palettes.*

Le 4. *Saignée de trois palettes; ventouses scarifiées sur la région précordiale; vésicatoires sur la hanche et le genou gauches.*

Le 5. Urines de ce matin claires, médiocrement mousseuses, rougissant faiblement le papier bleu de tournesol, sans odeur bien tranchée, ne se troublant pas sensiblement par l'acide nitrique. (La malade n'a éprouvé aucun symptôme notable du côté des voies urinaires.)

Le 6. Urines de ce matin d'un jaune pâle, *se troublant et blanchissant d'une manière sensible par l'acide nitrique.*

Les 7 et 8. Les urines ne se troublent pas par l'acide nitrique; convalescence commençante.

Obs. VIII.—Pascal, charbonnier, âgé de 45 ans, est entré à la Clinique (n° 14, salle Saint-Charles), le 7 juin, pour y être traité : 1° de bronchite, plusieurs fois répétée, suivie d'une

énorme emphysème pulmonaire (saillie très-considérable de la poitrine, surtout en arrière); 2° d'hypertrophie du cœur avec épaississement, déformation, insuffisance de la valvule bicuspide.

Le 8. Les urines du matin sont d'un jaune orangé, parfaitement limpides, assez mousseuses par l'agitation, et ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

Saignée de trois palettes; ventouses scarifiées, quatre palettes, sur la partie postérieure de la poitrine des deux côtés, et *un vésicatoire de chaque côté pour le soir.*

Le 9. *Les urines* de la nuit, médiocrement bulleuses, d'un jaune assez foncé, sans trouble notable, *précipitent très-abondamment par l'acide nitrique, et la masse, agitée, prend la consistance d'un looch.* Les urines du matin, un peu plus bulleuses, fournissent également des flocons très-abondants d'albumine. — Le malade se sent notablement soulagé, et se plaint seulement de la douleur causée par les vésicatoires; *il dit avoir eu de fréquentes envies d'uriner et un peu de douleur en urinant.*

Le 10. Les phénomènes, du côté de l'appareil urinaire, se sont calmés. *Les urines*, rendues vers deux heures du matin, *déposent encore par l'acide nitrique*, mais moins abondamment que la veille. Celles qui ont été rendues au moment de la visite sont moins foncées, jaunes, transparentes, assez mousseuses; elles éprouvent à peine un *léger trouble par l'acide nitrique versé en excès.*

Le 11. Les urines ne se troublent pas par l'acide nitrique.

Le 12. Les urines, d'un jaune foncé, parfaitement limpides, ne précipitent nullement par l'acide nitrique.

Obs. IX. — Moron (Henriette), âgée de 55 ans, de constitution délicate, chloro-anémique, fut admise à la Clinique le 20 juin 1847. Elle était, depuis cinq jours, affectée d'une pleuro-pneumonie offrant alors un mélange de second et de premier degré.

Le 20. Saignée de trois palettes.

Le 21. Saignée, trois palettes; ventouses scarifiées, trois palettes, sur le côté malade, puis *large vésicatoire sur la même région.*

Le 22. Les urines d'hier soir se troublent légèrement par l'acide nitrique; celles de ce matin ne se troublent pas notablement. (Le vésicatoire n'a déterminé aucune douleur notable du côté des voies urinaires.)

Les 23 et 24. Les urines, un peu sédimenteuses, se troublent par l'acide nitrique (celles du 23 plus fortement que celles du 24).

Le 25. Les urines, bien claires, ne se troublent plus par l'acide nitrique (elles n'offraient, d'ailleurs, aucun sédiment avant l'opération).

Obs. X. — Hilt (Barbe), âgée de 38 ans, tailleuse, d'une constitution détériorée, anémique, accouchée depuis six semaines, est entrée, le 22 juin, à la Clinique (salle Sainte-Anne, n° 19). Malade depuis huit jours, elle présentait les symptômes d'une pleuro-pneumonie au second degré avec mélange du premier, affectant la partie postérieure du poumon droit dans presque toute sa hauteur.

Une saignée de trois palettes est pratiquée au moment de l'entrée.

Le 23. Une saignée de trois palettes le matin, une application de ventouses scarifiées, trois palettes à la partie postérieure du côté droit de la poitrine, et *un vésicatoire dans la même région, le soir.*

Le 24. La malade se trouve très-notablement soulagée; elle respire facilement, et dit n'avoir éprouvé d'autre douleur que celle du vésicatoire, qui a été très-vive (toutefois, la malade n'a pas eu de douleur en urinant).

Les urines rendues hier soir, au moment de l'application du vésicatoire, sont transparentes, avec un léger dépôt comme lanugineux au fond du vase, *et ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.*

Les urines de ce matin sont jaunes, transparentes, *et se troublent sensiblement par l'acide nitrique.*

Saignée de trois palettes.

Le 25. La malade se trouve bien : les signes de la pnoumonie ont presque entièrement disparu. Les urines du matin, un peu troubles, d'un jaune pâle, précipitent notablement par l'acide nitrique en excès.

Le 26. La malade continue à se trouver bien; il reste encore, néanmoins, quelques légers signes d'engorgement pneumonique.

Les urines de ce matin, un peu troubles, mais sans dépôt marqué au fond du vase, ne se troublent pas notablement par l'acide nitrique.

Large vésicatoire à la partie postérieure externe du côté droit.

Le 27. La malade ne se plaint que de la douleur causée par le vésicatoire, lequel n'a, d'ailleurs, produit rien de notable du côté des voies urinaires.

Les urines de ce matin, légèrement opalines, d'un jaune pâle, ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

Le 28. Les urines, jaunes, un peu opalines, ne se troublent pas par l'acide nitrique.

Le 29. La malade va bien. On n'a pas conservé les urines.

Le 30. Les urines ne précipitent pas par l'acide nitrique.

Obs. XI. — Guillot, âgé de 22 ans, fondeur, est entré, le 23 juin, à la Clinique (n° 3, salle Saint-Charles), malade depuis quatre jours et offrant les symptômes d'une bronchite générale sibilante, avec point pleurodynique à droite et fièvre continue.

Le lendemain, 24, les urines, d'un jaune orangé assez foncé, ne précipitaient pas par l'acide nitrique.

Saignée de trois palettes ; *ventouses scarifiées* (*trois palettes*) *à la partie postérieure du côté droit de la poitrine, et vésicatoire, le soir, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas.* (Ce vésicatoire avait à peu près 20 centimètres de hauteur, sur 10 à 12 de largeur).

Le 25. Le malade se trouve bien et respire facilement ; il n'éprouve d'autre douleur que celle du vésicatoire. Il n'a pas eu d'ardeur d'urine notable ; cependant il a eu des envies d'uriner assez fréquentes, et a uriné six fois pendant la nuit. Les urines, rendues vers deux heures du matin, sont parfaitement transparentes, d'une teinte légèrement orangée, assez bulleuses à l'agitation, sans odeur désagréable ; *elles déposent assez abondamment par l'acide nitrique, et la masse prend, par l'agitation, la consistance et l'aspect d'une émulsion d'un blanc sale.*

Le 26. Le malade va de mieux en mieux ; il n'a point eu de nouveaux accidents du côté des voies urinaires.

L'urine rendue à quatre heures du matin est parfaitement claire, d'un jaune pâle, *et se trouble encore notablement par l'acide nitrique*, un peu moins cependant que la veille.

Le 27. L'urine du matin est jaune, transparente, assez bulleuse, et dépose encore abondamment par l'acide nitrique, de manière que la masse agitée offre l'aspect d'une émulsion d'un blanc grisâtre.

Le 28. Le malade est en état de convalescence. — Les urines du matin, d'un beau jaune, limpides, assez mousseuses, précipitent très-abondamment par l'acide nitrique, et à peu près comme dans l'*albuminurie ordinaire* portée à un assez haut degré.

Le 29. Le malade va bien. *Les urines précipitent comme la veille* ; aucune douleur en urinant.

Le 30. Les urines, parfaitement claires, d'un jaune doré, assez bulleuses, précipitent encore fortement, moins cependant que les jours précédents.

Le 1er juillet. Les urines, d'un jaune orangé faible, bien claires, *ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.*

Le 2. Les urines, transparentes, d'un jaune orangé léger, ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

Le 3. Les urines, d'un jaune ambré, transparentes, ne déposent pas par l'acide nitrique.

Le 5. Le malade accuse une douleur assez vive au côté droit de la poitrine; on y constate du souffle et du retentissement de la voix.

Vésicatoire sur le point douloureux. (Il est appliqué le matin; sa hauteur est de 15 centimètres, sa largeur de 8.)

Le 6. Le malade n'éprouve plus de douleur au côté, et le souffle ainsi que l'égophonie ont disparu.

Le malade n'a rien éprouvé du côté des voies urinaires. Les urines, d'un jaune safrané, n'éprouvent aucune *espèce de trouble par l'acide nitrique.*

Obs. XII. — La nommée Adam (Catherine), âgée de 62 ans, fut admise à la Clinique, le 28 juillet 1847, pour une laryngo-bronchite, avec disposition emphysémateuse des poumons.

Le 29. *Ventouses scarifiées sur la partie postérieure de la poitrine, et large vésicatoire sur la même région, après les ventouses.*

Examinées avant le traitement, les urines étaient claires, et ne précipitaient nullement par l'acide nitrique.

Le 30. Les urines ont été rendues fréquemment, en petite quantité chaque fois, et avec douleur. Un nuage muqueux existe au fond du vase qui les contient. Au-dessus de ce dépôt, les urines sont parfaitement claires, et moussent fortement quand on les transvase; *elles déposent très-abondamment par l'acide nitrique, et prennent la consistance d'une émulsion.*

Le 31. Les urines déposent encore par l'acide nitrique, mais bien moins abondamment que la veille.

Le 1er août. Les urines ne se troublent plus par l'acide nitrique.

Obs. XIII. — François Petitot, âgé de 19 ans, était, depuis huit jours, atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, n'affectant qu'un petit nombre d'articulations, lorsqu'il fut couché dans notre service clinique, le 27 juillet 1847. (Point de complication du côté du cœur.)

L'affection rhumatismale occupait presque toutes les petites articulations de la main droite, et celles du poignet et de l'épaule, du même côté.

Le 28. *Saignée de trois palettes; ventouses scarifiées sur les articulations prises, et puis vésicatoire sur les mêmes parties, etc.*

Le 29. Point de douleur en urinant. Les urines de la veille, au soir, et celles de ce matin, tout à fait limpides, ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

Le malade va, d'ailleurs, très-bien.

Obs. XIV. — Françoise Prempt, affectée d'une maladie organique du cœur très-ancienne, fut prise d'une pleuro-pneumonie

pour laquelle elle fut admise à la Clinique, le 30 juin 1847, et elle fut saignée peu de temps après son entrée. (La saignée fut de deux palettes et demie.)

Le 1er juillet. *Nouvelle saignée; ventouses scarifiées sur le côté malade (trois palettes), et vésicatoire sur la même région, etc.*

Le 2. La malade ne se plaint que de la douleur produite par le vésicatoire. Les urines sont limpides; elles ont déposé au fond du vase quelques flocons transparents; *elles précipitent abondamment par l'acide nitrique.*

Saignée de deux palettes.

La malade succombe le 4, à quatre heures du soir.

Autopsie cadavérique, trente heures après la mort.

Les reins sont rouges, congestionnés. *La membrane interne des calices et des bassinets offre des arborisations vasculaires qui lui donnent une couleur rouge.*

La vessie, entièrement vide, est revenue sur elle-même. Sa membrane interne est parsemée d'une grande quantité d'ecchymoses oblongues, d'un rouge vif, tranchant sur le fond assez pâle de cette membrane. Ces ecchymoses ont pour siége principal les circonvolutions formées par les plis de la membrane indiquée, et sont tapissées de petites plaques grisâtres, faciles à détacher.

Obs. XV.—Le nommé Cordhomme, âgé de 36 ans, fut admis à la Clinique de la Charité, le 4 mars 1847. Une attentive exploration nous fit reconnaître chez lui une grave affection organique du cœur et de l'aorte (1).

Dans le cours du mois de juin, il survint une affection aiguë de la poitrine, qui nous obligea de recourir à une saignée et à une application de ventouses scarifiées sur la partie postérieure de la poitrine (25 juin).

Le 26. *Large vésicatoire sur toute la région scarifiée.*

Le 27. Le malade se plaint d'avoir eu de fréquentes envies d'uriner, et des douleurs pendant l'émission des urines. Les urines du matin sont légèrement troubles et d'un jaune assez foncé. *Au fond du vase qui les contient*, il existe une masse floconneuse, *du volume d'un pois, ressemblant à une concrétion fibrineuse ou pseudo-membraneuse, et à la surface de laquelle on distingue deux ou trois points rouges. Traitées par l'acide nitrique*,

(1) Voici les termes de notre diagnostic et de notre pronostic : *Hypertrophie* considérable du cœur (le poids de cet organe *peut être évalué à 600 grammes environ); dilatation ovoïde de l'aorte sous-sternale avec dégénérescence crétacée de sa membrane interne, dont la surface est inégale et raboteuse.—Casus insanabilis.*

les urines précipitent très-abondamment en blanc ; quand on agite la masse du liquide, elle prend l'aspect et la consistance d'un looch ou d'une émulsion.

Le 28. Les urines ont été rendues sans douleur, et n'offrent aucun dépôt ; elles sont parfaitement claires, assez mousseuses, et *précipitent très-abondamment par l'acide nitrique.* A partir de ce jour jusqu'au 20 juillet suivant, les urines, examinées chaque matin, continuèrent à précipiter par l'acide nitrique. Le malade était, d'ailleurs, guéri de l'affection intercurrente pour laquelle nous avions appliqué un vésicatoire volant.

Le 20 juillet. Le pouls est redevenu fébrile (il est à 120) ; oppression très-forte avec douleur à la partie postérieure de la poitrine, avec râle crépitant des deux côtés.

Large vésicatoire de chaque côté de la poitrine, en arrière.

Les 21 et 22. Les urines, traitées par l'acide nitrique, précipitent plus abondamment encore que les jours précédents.

Les 23 et 24. L'albuminurie persiste. Aggravation des symptômes (*souffle bronchique et bronchophonie*) ; infiltration générale des membres inférieurs (dès le 17, de l'œdème s'était manifesté aux malléoles) et bouffissure du visage, etc.

Malgré l'application d'un nouveau vésicatoire, le malade succombe le 26 à cinq heures du matin.

Autopsie cadavérique, le 27 au matin.

État de l'appareil uinaire. Les reins, d'un volume un peu plus que normal (12 à 13 centimètres de longueur, sur 6 à 7 de largeur), sont d'un rouge assez prononcé, si ce n'est à la surface antérieure et au sommet du droit, où l'on remarque de la pâleur. La capsule de ces organes, opaque en certains points, adhère assez fortement à leur surface, mais s'en détache sans emporter avec elle aucune parcelle de la substance corticale.

La membrane interne des calices, de bonne consistance, un peu épaissie, offre une injection arborescente, qui, dans une portion du bassinet droit, se change en un piqueté d'un rouge très-vif et comme rutilant.....

Je laisse de côté la description des altérations des autres organes. Je dirai seulement que nous rencontrâmes celles que nous avions diagnostiquées, et, de plus, *une aorte double*, vice de conformation non encore observé. (J'ai communiqué ce fait à l'Académie royale de médecine, et je l'ai publié dans l'*Union médicale*, numéro du 14 août 1847.)

C'est le seul cas d'albuminurie cantharidienne qui ne se soit pas dissipée au bout de quelques jours. Il est vrai qu'un très-large vésicatoire fut appliqué sur la partie scarifiée, et qu'il en résulta

des symptômes très-prononcés d'irritation du côté de l'appareil génito-urinaire. Nous noterons que deux autres vésicatoires, appliqués plus tard sur la même partie non scarifiée, augmentèrent l'albuminurie qui avait persisté.

L'infiltration des membres inférieurs et la bouffissure du visage, survenues plus tard, nous paraissent devoir être rapportées à la fois et à la prolongation de l'albuminurie et à la double affection du cœur et de l'une des deux aortes de ce sujet, affection qui opposait un obstacle évident au cours du sang veineux.

Seconde catégorie. — *Observations relatives aux sujets chez lesquels des vésicatoires ont été appliqués sur la peau non scarifiée.*

Je ne rapporterai que deux cas dans lesquels l'application de vésicatoires sur la peau intacte a été cause d'albuminurie. Ce phénomène a manqué chez plusieurs des malades auxquels des vésicatoires ont été ainsi appliqués. Je n'ai pas encore recueilli assez de faits pour pouvoir établir, d'une manière positive, quelle est la proportion des cas du premier genre par rapport à ceux du second.

Obs. XVI. — Le nommé Valette, âgé de 55 ans, était affecté d'une hypertrophie du cœur et d'une induration valvulaire du même organe, à la suite d'un rhumatisme articulaire prolongé, lorsqu'il fut admis dans notre service, le 16 juillet 1847. Il existait aussi, alors, une bronchite sibilante et de l'emphysème pulmonaire.

Une saignée de trois palettes fut pratiquée le jour de son entrée.

Le 17. *Un large vésicatoire sur chaque côté de la poitrine, non préalablement scarifiée.*

Le 18. Le malade dit que les vésicatoires lui ont causé de fortes douleurs ; mais il assure n'avoir pas eu d'envies d'uriner plus fréquentes qu'à l'ordinaire.

Urines de ce matin, d'un jaune paille, bien transparentes, fortement bulleuses, et déposant abondamment par l'acide nitrique, de manière à prendre la consistance d'une émulsion ou d'un looch d'un blanc un peu sale.

Les 19 et 20. Les urines ne précipitent pas par l'acide nitrique.

Obs. XVII. — Just Crépy, âgé de 39 ans, était affecté d'une bronchite générale, compliquée d'emphysème pulmonaire, lorsqu'il fut admis à notre Clinique le 27 juillet 1847.

Le 28. Les urines d'un jaune assez foncé, transparentes, ne se troublent point par l'acide nitrique.

Large vésicatoire à la partie postérieure de la poitrine, non préalablement scarifiée.

Le 29. Le malade dit n'avoir pas souffert en urinant; les urines

sont transparentes, et se troublent sensiblement, quoique médiocrement, par l'acide nitrique.

Le 30. Les urines, d'un jaune-ambré, ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE. — 3. *Note sur l'emploi thérapeutique du calomel;* par M. le docteur HIGGINS.

(Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharmac., janvier 1848.)

Je regrette que la majorité des médecins, en France, possède des notions si vagues et si incertaines sur le calomel, et je ne puis m'en rendre raison que par la crainte qu'inspirait le médicament à plusieurs d'entre eux. Jusqu'à ces dernières années, ils le prescrivaient, non habituellement, mais seulement de temps en temps; d'où il arrivait que beaucoup de praticiens avaient des idées fort erronées sur la valeur de ce minéral précieux.

Je ne parle pas en Anglais prévenu en faveur du remède ; je n'ai aucun préjugé ; mais je parle d'après l'expérience, ayant l'habitude de prescrire constamment et le calomel et la pilule bleue (*blue pill*) depuis près de vingt ans, et j'espère que mes confrères français voudront bien vérifier sur leurs clients l'exactitude de mes observations.

Nous devons reconnaître que les troubles fonctionnels des viscères abdominaux constituent l'immense majorité des cas pour lesquels un médecin est consulté. S'il en est ainsi, quel est le premier devoir du praticien? Evidemment, c'est de s'assurer si le dérangement est ou non produit par un état inflammatoire ou une irritation de quelques-uns des tissus membraneux ou parenchymateux contenus dans la cavité abdominale ; sans préjudice, bien entendu, des recherches à faire dans toutes les autres parties de l'économie.

Si les symptômes indiquent ou l'une ou l'autre de ces causes, il faut que le traitement soit dirigé selon le degré ou l'intensité de l'irritation, c'est-à-dire par des déplétions sanguines et des émollients. Supposons, ce qui arrive le plus ordinairement, que cette irritation soit dans la muqueuse gastrique, qu'elle ait été considérablement diminuée par suite de l'application des sangsues et l'usage des émollients, que la sensibilité à la pression sur la région épigastrique soit devenue bien moins forte, que la langue soit devenue moins blanche, et que le malade, comme cela arrive souvent, se trouve affaibli par suite de la perte de sang, qu'est-ce que nous devrions faire à ce point de la maladie? Devrions-

nous, comme l'école de Broussais, attendre dix, quinze ou vingt jours avant d'administrer un purgatif? Devrions-nous continuer l'usage de l'eau gommée ou de toute autre boisson émolliente pendant à peu près le même temps, ou aussi longtemps que la moindre apparence de blancheur s'observe sur la langue, ou que la moindre trace de sensibilité à l'épigastre persiste ? Je pense que non ; je suis certain que nous ne le devrions pas. — Les affections morbides de cette espèce sont constamment suivies par une modification des sécrétions biliaires et autres, et il arrive rarement que les forces naturelles suffisent à ramener ces dernières à leur condition normale.

A une époque alors qui varie de deux à cinq ou six jours, depuis le commencement de l'attaque, un purgatif est indiqué ; mais quel purgatif? Le choix en est-il indifférent ?—Nullement. En France, l'huile de ricin et l'eau de Sedlitz sont les deux médicaments prescrits 9 fois sur 10. Ils ne sont applicables, selon moi, que dans le plus petit nombre des cas, c'est-à-dire dans ceux où nous avons encore des doutes quant à la persistance d'un certain degré d'irritation dans la membrane gastro-intestinale, et où cependant les bons effets provenant de la déplétion sanguine ayant paru cesser, nous jugeons à propos d'avoir recours à une révulsion sur le canal intestinal. En un mot, j'enverrais l'huile de ricin en éclaireur pour savoir si les intestins supporteraient le médicament qui, dans mon opinion, est presque invariablement nécessaire pour ramener l'état normal des sécrétions.

Ce médicament est le mercure sous une forme ou sous une autre, mais généralement le proto-chlorure ou calomel. Il est presque toujours indiqué sur le déclin des irritations abdominales, après les déplétions sanguines et l'usage des émollients ; et, avec l'exception ci-dessus mentionnée, nous ne devrions jamais hésiter à l'administrer de bonne heure (de deux à six jours depuis le début), car, en agissant ainsi, nous épargnons à notre malade une convalescence longue et pénible, et nous faisons une guérison tout aussi sûre.

Il est nécessaire que j'explique pourquoi j'ai une aussi grande confiance dans le mercure, et pourquoi je le regarde comme préférable dans la plupart des cas. — C'est parce qu'il exerce sur la sécrétion biliaire une influence que nul autre médicament n'est en état de produire. Et comme un dérangement de cette sécrétion constitue l'indisposition la plus fréquente à laquelle le corps humain soit sujet, je regarde naturellement d'un œil favorable un remède si précieux.

Mais revenons au cas supposé où nous ayons administré une

dose d'huile de ricin ou d'eau de Sedlitz. Je disais que, généralement parlant, nous devrions avoir recours plus tard à une dose de mercure; et la raison? parce qu'après de telles attaques, la couleur des déjections est ou noirâtre ou brune, blanchâtre ou couleur d'ocre, etc.; en un mot, de toutes les nuances, hors la naturelle; et j'ai toujours observé qu'à l'exception de quelques tempéraments vigoureux, où la nature du purgatif est indifférente, une ou deux doses de mercure sont nécessaires pour ramener la couleur normale. Vous pouvez donner de l'huile de ricin on de l'eau de Sedlitz, la rhubarbe ou la magnésie, la scammonée ou l'aloès, ou tout autre purgatif de la matière médicale, et vous produirez une purgation, mais vous ne réussirez pas à rétablir l'état normal de la sécrétion biliaire, dont le trouble est indiqué par la couleur des déjections, à moins que vous n'ajoutiez un peu de calomel ou de pilule bleue aux autres médicaments.

J'ai supposé un cas où l'irritation première était assez considérable pour demander des déplétions sanguines, et où il ne serait convenable d'administrer du mercure qu'en second lieu. Mais combien de cas le praticien ne rencontre-t-il pas d'attaques éphémères, où la déplétion n'est pas véritablement indiquée, et où le calomel, combiné à des sudorifiques, produit une guérison rapide!

Les cas les plus nombreux où le mercure est indiqué et où il est moins employé qu'en France, sont cette série d'indispositions comprises sous les noms de dyspepsie et d'embarras gastrique, sans mouvement fébrile, où il existe ordinairement de la constipation, mais quelquefois de la diarrhée accompagnée de couleur morbide des déjections. La langue est sale, brune, jaunâtre ou rouge pâle; il y a un mauvais goût à la bouche et une mauvaise haleine; des maux de tête et d'autres symptômes qu'il n'est pas nécessaire d'énumérer.

Dans tels cas, les purgatifs ordinaires soulageront, et chez quelques personnes à fonctions vigoureuses, ils suffiront pour la guérison; mais chez la grande majorité, si vous n'ajoutez pas un peu de mercure, l'état poisseux de la bouche persistera ainsi que la perte d'appétit et la couleur morbide des matières fécales.

Je suis parfaitement convaincu que, quand cette série de symptômes se présente, le mercure est nécessaire, et que, s'il est administré avec prudence, il effectuera la guérison *cito* et *tuto*; je voudrais pouvoir ajouter *jucundè*, mais je ne connais guère de traitement médical auquel cette épithète soit applicable, si j'excepte toutefois le traitement combiné, récemment introduit

par le docteur Alexis et le docteur Alexandre Dumas, qui est véritablement *jucundè* et rafraîchissant.

Voilà l'application journalière du mercure. Mais dans combien de cas son usage, comme auxiliaire, n'est-il pas indiqué? Il aide puissamment à l'action des antimoniaux et de l'ipécacuanha comme sudorifique, de la scille et de la digitale comme diurétique, de l'iode comme résolutif, etc., etc., sans parler de son influence spécifique sur le virus syphylitique.

L'énumération des nombreuses affections auxquelles le mercure est applicable me mènerait trop loin, et je me hâte d'arriver à l'objet principal de cette lettre, qui est l'exposé de ses doses et de son mode d'administration.

Le docteur Godefroy dit qu'il résulte de ses expérimentations, qu'on peut donner le calomel à des doses qui varient de 1 à 6 grammes. J'avoue que cela m'étonne. Je ne mets nullement en doute sa bonne foi, et je suis persuadé que, dans tous les cas où il a administré ces doses énormes, le médicament a traversé librement les intestins et est sorti rapidement du corps. Mais qui assure qu'au prochain cas, où il administrerait une dose de 3 ou 4 grammes de calomel, l'absorption ne s'en ferait pas, donnant ainsi lieu à une salivation effrayante, et qui produirait peut-être une eschare à la bouche? Où serait l'avantage de courir un tel risque? Il n'y en a aucune nécessité ; car je dis positivement et je maintiens que, quand le calomel est indiqué comme purgatif, 3 à 25 centigrammes (selon l'âge) sont la dose suffisante et convenable.

Mais le donnerai-je seul? point du tout. Que ceux de mes confrères français, qui possèdent des notions peu précises sur le mode d'administration du calomel, me permettent de leur dire que, toutes les fois qu'ils ont besoin de le prescrire comme purgatif, jamais ils ne devraient l'ordonner seul, pour deux motifs : le premier, c'est qu'il faudrait faire prendre une forte dose pour agir par bas; et, comme je l'ai déjà fait remarquer, nous ne sommes jamais certains que son action ne se portera pas sur les glandes salivaires. Le second motif, c'est que le calomel seul, à dose purgative, donne lieu ordinairement à des coliques et souvent à des nausées.

Pour agir comme purgatif, le calomel doit être donné combiné avec un ou plusieurs médicaments suivants : la rhubarbe, la scammonée, le jalap, l'aloès, la coloquinte, la magnésie, etc., selon les indications.

Quand se présentent la langue chargée, la mauvaise haleine, les évacuations colorées dont j'ai parlé, nous devrions donner de

15 à 20 centigrammes de calomel avec pareille quantité de scammonée, 10 à 15 centigrammes de rhubarbe, et 10 à 15 de cannelle ou de gingembre mêlés ensemble et administrés en poudre ou préparés en trois ou quatre pilules. Si nous voulons une action plus forte, nous prescrivons le jalap au lieu de la rhubarbe, et si la constipation est augmentée par suite d'accumulation de matières fécales dans le colon et dans le rectum, nous ajoutons 5 à 7 centigrammes d'aloès ou de coloquinte. Si c'est un enfant, la combinaison du calomel et de la magnésie est douce quant à ses effets, et suffisamment efficace.

Il ne faut pas oublier que le calomel, donné dans la vue de purger, devrait toujours être suivi, quelques heures après, par une potion liquide, telle qu'un ou deux verres d'eau de Sedlitz, ou 60 à 100 grammes d'infusion de séné, ou 15 à 30 grammes de sulfate de magnésie dissous dans un verre d'eau tiède, etc. Cette pratique a un double but, celui d'aider l'action des purgatifs solides, et celui d'empêcher l'absorption du mercure. Si on donne les pilules ou la poudre seules, elles n'agiront pas toujours suffisamment ; et cependant si, dans le but d'épargner au malade le désagrément de prendre consécutivement un purgatif liquide, vous administrez une plus forte dose de calomel et des autres médicaments indiqués, vous courez le risque de provoquer une superpurgation ; il est donc d'une bonne pratique d'administrer un des liquides en question.

Lorsque notre intention est d'administrer le calomel comme sialagogue, nous devons le donner à des doses minimes, qui varient, selon l'âge et le tempérament de l'individu, de 1 à 10 centigrammes toutes les deux ou trois heures, combinés avec un peu de sucre ou avec 10 à 20 centigrammes d'oxide blanc d'antimoine (poudre de James), ou avec une dose pareille de la poudre d'ipécacuanha composée (poudre de Dower), lesquelles sont d'excellentes combinaisons dans ces attaques fébriles éphémères déjà signalées, ainsi que dans une multitude d'affections où une action alternante et dérivative sur le système glandulaire est indiquée. Il faut nécessairement que les doses modérées de calomel ici conseillées soient un peu augmentées dans les inflammations rapides et violentes de certains organes essentiels à la vie, où les déplétions sanguines ont été portées aussi loin que possible et où une dérivation est demandée sans délai.

On verra toutefois que, dans l'immense majorité des cas, les doses minimes seront les plus efficaces, ainsi que les plus sûres, car je demanderai encore une fois, à moins que le danger ne soit imminent, où est l'utilité d'administrer des doses assez fortes

pour courir le risque de produire une salivation terrible qui serait infiniment pire que la maladie elle-même ? En donnant les doses que j'ai spécifiées, c'est le médecin qui a toujours le dessus et non pas le calomel.

Il y a une autre préparation mercurielle appelée *pilule bleue* (blue pill), qui est autant en usage en Angleterre que le calomel. C'est du mercure éteint dans de la conserve de roses. Elle a sur le calomel l'avantage que son action est plus douce et qu'elle a une moindre tendance à produire des coliques. Sa dose doit être un peu plus forte que celle du calomel, de 10 à 30 centigrammes ; mais il ne faut pas l'administrer seule, non plus que le calomel, si ce n'est dans les cas où nous voulons exciter le ptyalisme.

Après avoir tant parlé des cas où l'usage du mercure est applicable et où ses bons effets sont bien constatés, je devrais maintenant dire quelques mots sur ceux où son administration est contre-indiquée. Ce sont tous les cas de constipation où la langue reste nette ou à peu près ; où il n'y a pas de mauvaise haleine, et où la sécrétion biliaire paraît peu altérée, mais où il existe une inertie naturelle ou accidentelle des fibres musculaires du tube intestinal. Là, des pilules, composées exclusivement de médicaments du règne végétal et sans aucun mercure, sont évidemment les remèdes convenables, surtout quand il y a torpeur de l'intestin grêle, auquel l'influence des lavements ne peut atteindre.

Les personnes qui sont obligées de prendre habituellement des pilules apéritives ne devraient faire usage que de celles végétales, et n'avoir recours au mercure que le moins souvent possible. De temps en temps, cependant, quand les symptômes auxquels j'ai si souvent fait allusion surviennent, alors l'administration du mercure devient nécessaire, mais il doit être donné avec toute la prudence et toute la sécurité que j'ai conseillées.

Des ulcérations dans la cavité buccale, ainsi que quelques idiosyncrasies particulières (assez rares d'ailleurs), constituent des contre-indications au mercure. A part ces cas, il est applicable sous une forme ou sous une autre à la majorité de nos maladies, et il est certainement le médicament le plus précieux que nous possédions.

J'espère que, si l'honorable docteur Godefroy lit cette note, il voudra bien vérifier les notions qu'elle contient, et je suis porté à croire que, si le hasard lui eût fait tomber sous les yeux deux articles, à peu près sur le même sujet, que j'ai publiés il y a quelques années dans la *Gazette médicale de Paris* (en décembre

1843 et mars 1845), il n'aurait pas eu le courage d'administrer, en une seule fois, 2, 3, 4, 5 et jusqu'à 6 grammes de calomel.

---

4. *Lettre à M. Bretonneau sur les aphthes de la partie inférieure du gros intestin, vulgairement dits fissures*; par M. Miquel (d'Amboise).

(Revue médico-chirurgicale, février 1848.)

Mon cher Maître,

En 1833 et 1834, j'ai publié dans la *Lancette* quelques observations de fissure à l'anus. Le but que je m'étais proposé, et que je crois avoir atteint complétement, était de démontrer que cette maladie est toujours le résultat d'une ulcération souvent très-petite, toujours superficielle et très-douloureuse; que cet ulcère a la plus grande analogie avec les aphthes et certaines ulcérations auxquelles sont sujettes toutes les surfaces de rapport, telles que la peau, la conjonctive, la muqueuse vulvaire, enfin la bouche; que le spasme du sphincter n'en est jamais la cause, mais l'effet; que ce qui perpétue les accidents, ce sont les tiraillements produits par la défécation; qu'il suffit de dénaturer cet ulcère pour faire cesser le spasme; que l'opération doit être restreinte à un très-petit nombre de cas, et faire place aux astringents énergiques.

Dans ces deux notes, je croyais avoir dit, succinctement il est vrai, tout ce qui est nécessaire au praticien pour le traitement de cette maladie. J'eus bientôt occasion de reconnaître que non; car, quelque temps après, une jeune tapissière d'une ville voisine vint me consulter pour une fissure qui lui était survenue après son accouchement. Je fis des applications de dissolution de nitrate d'argent; elles ne purent atteindre le bord supérieur de l'ulcère, et par conséquent furent seulement très-soulageantes; je proposai l'opération, elle fut refusée : la guérison fut très-lente.

Le pas qu'il fallait faire le fut par vous, qui mîtes en œuvre les lavements de ratanhia; par ce moyen, il n'est plus à craindre que la trop grande élévation du mal dans le rectum fasse échouer les topiques. J'ai trouvé dans vos succès et ceux de vos disciples une preuve de mes assertions sur l'étiologie de cette maladie; c'est donc une affaire sur laquelle le temps doit faire le reste; et comme il faut lui aider autant que possible, il me semble qu'il y a encore quelque chose à dire, non pas sur le fond, mais sur quelques détails du traitement. Je crois que sur cela nous serons aussi complétement d'accord que sur le reste.

Les observations rendues publiques, où les succès du ratanhia sont incontestables, ne font pas, je crois, suffisamment ressortir la nécessité de donner alternativement des lavements entiers huileux, émollients, afin de tenir le ventre libre et faire que les excréments soient moins solides et par conséquent moins vulnérants; ce qui est indispensable, puisque les astringents ont, il faut le dire, l'inconvénient de les durcir et de rendre le bouchon stercoral rugueux, d'où déchirure ou tout au moins excoriation à chaque selle, et par conséquent entretien du caractère douloureux de l'ulcère, que le traitement a pour but d'abord de lui faire perdre.

Ces détails sont sans doute très-inutiles pour quelques médecins; mais les faits suivants vous feront voir qu'ils ne sont pas aussi oiseux que vous pourriez le croire.

Vous avez probablement eu occasion de rencontrer des fissures placées trop au-dessous du bord supérieur du sphincter, pour que le petit ulcère fût suffisamment baigné et modifié par la matière du lavement. Alors ce moyen échoue. Je ne veux pas vous parler des cas où il se trouve tout à fait à la marge de l'anus, pour lesquels M. le professeur Trousseau emploie tout simplement les lotions ratanhiées, et que je touche avec le nitrate d'argent; je veux parler de ceux qui siégent dans l'anneau anal même.

Obs. I. — Le premier cas de ce genre me fut fourni par un pauvre bûcheron, de Montreuil, pour lequel j'essayai les quarts de lavements ratanhiés et des lotions fort astringentes, et, de plus, un liniment composé de parties égales d'opium de Rousseau, d'extrait de saturne et d'huile, qui est souvent fort efficace : cela fut à peine soulageant. Je pensai à essayer des mèches mises dans le rectum, comme je vais vous le dire plus loin; mais ce pauvre diable était mal entouré; il lui aurait fallu venir se faire panser à Amboise. De plus, il avait besoin de moyens expéditifs; je fis l'incision du sphincter.

Je ne connaissais pas les modes de traitement de MM. Jobert et Récamier : le premier, qui consiste à faire l'ablation de l'ulcère, quand elle est possible; l'autre, dit le massage en cadence, consiste à forcer le passage par l'introduction de la main, ce qui, sans doute, fait de l'ulcère une plaie par déchirement. Le mérite incontesté des deux pères de ces inventions ne peut les sauver de l'inconvénient d'être par trop excentriques. N'en parlons plus et revenons aux mèches, dont l'usage bien entendu peut rendre de véritables services. J'en ai obtenu de si bons résultats dans deux cas, que je vais vous les raconter, au risque

d'être un peu trop long ; au surplus, ces deux histoires confirmeront la valeur des préceptes donnés plus haut.

Obs. II. — Je fus consulté, il y a deux ans, en l'absence du médecin voisin, pour l'épouse adultérine d'un ex-officier supérieur de gendarmerie, qui souffrait d'une fissure à l'anus depuis son dernier accouchement. Plus prude qu'une innocente, ce n'était pas directement qu'elle demandait mes conseils : c'était par l'intermédiaire du père de ses enfants.

Son premier médecin lui avait fait prendre des quarts de lavements au ratanhia, mais il avait omis la précaution essentielle de tenir le ventre libre par des lavements entiers émollients huileux ; enfin, il n'avait rien fait pour rendre les bouchons stercoraux moins durs, moins rugueux ; aussi chaque selle était tellement douloureuse, que médecin et malade faisaient tout pour les rendre plus rares. Les matières étaient à demi coiffées de mucosités et d'un peu de sang.

Comme vous le pensez sans doute, je substituai au régime animalisé une diète herbacée ; je fis précéder les lavements ratanhiés, rendus plus actifs, de lavements entiers huileux laxatifs. Le changement de l'état des selles fut aussi prompt que le soulagement ; mais, après un laps de quinze jours, il me fut démontré que le mieux ne serait jamais complet ; que les lavements ne pouvaient pas modifier l'ulcération tout entière. Dès lors, je fis appliquer des mèches enduites d'un mélange de parties égales d'huile, de laudanum de Rousseau et d'extrait de saturne, qui eurent un plein succès.

Dans le fait suivant, vous verrez comment je les fais mettre. Je tiens d'autant plus à le dire, que là se trouve une preuve de plus que le sphincter n'est contracté spasmodiquement que par la douleur de l'ulcère.

Obs. III. — M. M. . . . était traité depuis longtemps par un médecin trop aisé à fâcher, et duquel il dépendait. Vaincu par la douleur, il me consulta ; c'était une fissure qui guérit promptement sous l'influence des quarts de lavements ratanhiés et opiacés. Il y avait au moins un an que j'avais donné ce premier avis, quand ce même malade me consulta de nouveau pour des accidents semblables aux premiers ; cette fois, la fissure avait été reconnue et traitée par des mèches enduites d'extrait de belladone, aussi difficiles à supporter que leur introduction était douloureuse. On avait proposé l'opération à ce malade, que vous connaissez pour très-pusillanime : il était au désespoir quand il revint me voir.

L'anus était rouge et douloureux à gauche ; je ne pus rien y

introduire pour m'assurer jusqu'à quelle hauteur l'ulcère remontait. Quoiqu'il me parût trop haut pour être modifié par les applications externes, et trop bas pour que les lavements ratanhiés fussent profitables, le malade avait tellement souffert des mèches, qu'il demanda à essayer les lavements et les lotions simultanément ; je cédai à ses instances ; mais, comme je m'y attendais, il n'en résulta que du soulagement, et la possibilité de pouvoir un peu mieux entr'ouvrir l'anus, où se voyait le bord inférieur d'un petit ulcère à fond grisâtre et à bords rouges.

Je dus donc faire revenir mon malade à l'usage des mèches ; mais voici comment je les mis : elles étaient peu grosses, et enduites d'un mélange de parties égales d'huile de laudanum de Rousseau et d'extrait de saturne; puis on les logeait dans un gorgeret de bois gros comme le doigt, fortement cannelé, dont le bout était bien arrondi. L'introduction se faisait sans douleur, en appuyant assez fortement sur la paroi intestinale opposée à l'ulcère que la mèche regardait ; quand il était suffisamment entré, la pression se faisait sur le sens opposé, ce qui appliquait la mèche sur le mal ; puis, pendant qu'on poussait cette dernière, on faisait suivre au gorgeret une marche inverse à celle qu'on lui avait fait prendre pour son introduction.

Le malade comprit très-bien le but de cette petite manœuvre, qui ne lui était pas du tout douloureuse ; il la fit avec intelligence, et le but désiré fut atteint.

Est-ce là tout ce qu'il y a à dire sur ces sortes d'ulcérations du bout inférieur du gros intestin, que je crois devoir appeler *aphtheuses*, malgré les critiques dont ce nom est susceptible ? Je ne le crois pas ; aussi je vous prie de m'accorder encore un peu d'attention pour les observations suivantes qui, quoiqu'elles laissent à désirer, me semblent devoir être citées dans leur ordre chronologique.

Obs. IV.—Mme P...., que j'ai vu élever, et qui, depuis son mariage, habite Paris, où elle a fait plusieurs fausses couches, redevint grosse ; je conseillai aux parents de la rappeler près d'eux pour tâcher que cette grossesse vînt à bien.

L'accouchement eut lieu à terme, fut prompt, les suites furent courtes d'abord ; mais une constipation presque constante empêchait le rétablissement complet ; quel que fût le choix des aliments, les digestions restaient toujours pénibles ; des douleurs sourdes dans le ventre suivaient chaque repas ; le volume de ces derniers ne me semblait pas étranger à l'acuité des souffrances ; je soupçonnai un obstacle à l'extrémité inférieure de l'intestin ; j'en accusai des hémorrhoïdes internes fort élevées ; les matières

des selles étaient en crottins durs, souvent coiffés de mucosités.

Je fis prendre tous les jours des lavements huileux entiers; puis des quarts de lavement avec une décoction de ratanhia, 4 grammes dans eau commune 120, et gouttes de Rousseau VIII; garder ce dernier. En huit jours, les selles furent faciles; le mieux fut prompt et bientôt complet.

Obs. V.—J'en étais à ce seul fait de Mme P...., pour lequel j'avais mieux réussi que raisonné, quand un ami me mit dans l'obligation d'essayer, disait-il, quelque chose de soulageant pour Mme G...., parisienne, envoyée en province comme tant d'autres, vous savez pourquoi. Il y avait dix ans que, depuis son dernier accouchement, cette dame avait vu successivement ses digestions devenir mauvaises, des accidents nerveux surgir; tout cela, notez bien, était avec accompagnement d'une constipation presque permanente; les selles n'avaient lieu communément que tous les huit jours, et elles étaient entièrement composées de crottins.

Pour éviter de souffrir, cette dame évitait de manger; elle s'était habituée à choisir les aliments les plus substantiels et les moins volumineux; elle était bien, mais faible à jeun; elle souffrait dès qu'elle avait mangé.

La jeunesse de cette malade avait été exposée à de rudes épreuves, qui s'étaient continuées jusqu'à l'époque de son mariage; ses qualités seules l'avaient fait rechercher; si ces raisons n'excluent pas toujours la pensée d'accidents nerveux dont on doit faire justice, au moins il l'éloignent; cette réflexion me décida à chercher.

Les moyens conseillés par divers avaient tous été puisés dans les calmants et les ferrugineux; ces derniers avaient eu un effet purgatif et ils avaient été soulageants. L'avaient-ils été comme martiaux ou comme purgatifs? telle était la question; le seul soulagement qui avait été obtenu avait paru leur appartenir; on ne les avait cessés que parce que les selles étaient devenues très-sanguinolentes.

Des hémorrhoïdes externes fréquentes, une menstruation régulière et peu abondante, un sommeil rare et peu réparateur, une grande faiblesse, le teint étiolé, mais qui n'avait aucunement le cachet de la chlorose, encore moins celui d'une phlegmasie chronique ou de lésions organiques, me firent comparer ce fait au précédent. Pensant que la différence tenait à la durée des accidents, je conseillai le même traitement, que je crois inutile de détailler; il suffit de dire que Mme G..., après un mois, allait à la garde-robe, mangeait, prenait de l'exercice presque

aussi bien que toute autre personne de son sexe et de sa condition ; elle a repris ses habitudes parisiennes, et le mieux s'est maintenu ; elle a un teint frais et un embonpoint qu'elle n'avait jamais eus auparavant.

Obs. VI. — Le troisième malade fut M. C...., qui fut l'occasion de mes premières observations sur la fissure. Depuis son opération, ce malade ne souffrait plus pour aller à la selle, mais il était resté avec ce que j'appelais une monomanie des lavements ; il était à l'affût des recettes purgatives. Depuis ce temps, vous et deux autres de nos confrères de Tours, ainsi que moi, nous nous sommes renvoyé bien des fois cet hypochondriaque, jusqu'au moment où, appelé dans son pays natal, non nanti de sa seringue, il assista à un déjeûner de chasse où il fut sobre comme à son habitude. Par précaution, le soir, il refusa de dîner ; le lendemain, à son lever, son hôte lui fit accepter un potage à l'oseille qui fut si immédiatement suivi de fortes coliques, que M. C.... se crut empoisonné ; il n'eut point de garde-robes, les accidents se calmèrent insensiblement. La diète de ce jour fut interrompue le lendemain par un nouveau potage aux herbes fait dans une autre maison : les accidents de la veille se renouvelèrent complétement ; il se rendit immédiatement chez moi. Ce récit fut un trait de lumière, et, dès ce moment, je le soumis aux lavements huileux et à des quarts de lavements opiacés ; peu de jours après, notre malade alla mieux à la selle. Son hypochondrie a disparu ; il ne lui reste de tourment qu'une sciatique qu'il avait antérieurement et qu'il traite à sa manière.

Les collyres opiacés, dans certaines ophthalmies, sont, je crois, un sûr garant que l'opium agit comme astringent sur la muqueuse anale.

A ces trois faits je pus bientôt en joindre d'autres, sans qu'il me vînt à la pensée que ce n'étaient pas des hémorrhoïdes qui causaient ces accidents ; puisque, quand ce sont elles, ou bien il y a constipation momentanée et complète, ou bien les matières sont aplaties si elles sont demi-solides. Ce ne fut qu'assez tardivement que je reconnus mon erreur.

Obs. VII. — Cette fois, il s'agissait d'un jeune paysan de Larçay, nommé Moreau ; ce garçon bien constitué, chez qui tout semblait démontrer la santé la plus parfaite, éprouvait depuis quelques mois une constipation avec douleurs de ventre, souvent suivies de vomissements ; ces accidents étaient quelquefois si forts, si inopinés, que son médecin crut à une lésion néphrétique. Beaucoup de calmants avaient été tentés sans succès.

Dans le long récit que je me fis faire, une chose me frappa : c'est que l'huile de ricin avait été administrée à dose purgative, que cette évacuation avait été soulageante, assez pour que Moreau pût reprendre ses travaux et son régime habituel ; qu'il n'avait plus été souffrant que lorsqu'il devait aller à la selle ; que ses douleurs, depuis ce temps, n'avaient plus eu leur première acuité pendant deux mois ; que les accidents étaient depuis revenus tout aussi forts et plus fréquents.

Je trouvai l'urine normale et assez abondante, le ventre souple paraissait un peu mat sur le trajet du gros intestin ; il était tout à fait indolore, la peau était bonne, le pouls normal.

Je fis donner un lavement émollient huileux, et ensuite introduire dans le rectum un suppositoire fait de miel frais. Le lavement fut rendu seul, mais le suppositoire produisit une selle peu dure, les matières se trouvant suspendues entre deux flocons de mucosités gros comme le poing. Moreau dit qu'il avait beaucoup moins souffert pour cette selle qu'il ne le faisait habituellement, que celle-ci était formée de matières moins solides que lorsqu'elles étaient spontanées.

J'introduisis mon doigt fort avant dans l'anus, je le fis sans produire de douleurs ; je cherchai des hémorrhoïdes, il n'y en avait pas ; toute la partie touchée me parut parfaitement saine et libre.

Nous convînmes avec son médecin de le soumettre à un régime laxatif, de lui faire prendre tous les jours un lavement huileux et tous les soirs un quart de lavement opiacé et ratanhié ; le résultat fut prompt ; ce garçon n'a plus souffert depuis.

Ce fut ce fait qui me mit au juste sur la voie de ce genre de constipation qui donne lieu à des accidents si variés, comme je vais le démontrer par les quelques faits suivants, que j'ai choisis parmi beaucoup d'autres ; car c'est une des maladies chroniques les plus fréquentes, et qui affectent les formes les plus variées.

Obs. VIII. — Mme B...., d'Amboise, âgée de vingt-huit ans, a toujours souffert depuis qu'elle est nubile ; son facies n'est point celui des chlorotiques, il est grippé, son teint est altéré profondément ; les accidents éprouvés sont l'aménorrrhée, la céphalalgie, des digestions laborieuses, du dégoût, une constipation presque constante ; cette malade est très-irritable, triste, a quelquefois de la fièvre et des douleurs de ventre sourdes.

Elle a usé surabondamment des ferrugineux ; elle s'est mariée, est devenue mère sans que cela ait apporté de changement à cet état, pour lequel, malade, parents et médecin se sont immobilisés depuis douze ans.

En 1845, sa petite fille lui semblait dans un état grave, elle me l'apporta ; je dus, dans cette visite, écouter en même temps l'abrégé de sa longue histoire. Je prescrivis de l'eau de Bussang factice, des absorbants laxatifs, un régime doux, et des bains de siége, qui la soulagèrent. Plus tard, je crus devoir ajouter des ferrugineux, tels que le sous-carbonate de fer uni à du gingembre. Le mieux obtenu fut bientôt perdu : la constipation augmenta ; le retour aux premiers moyens fut infructueux.

Je palpai le ventre ; il était souple, mais un peu mat quand je percutai vis à vis le gros intestin ; il y avait des hémorrhoïdes externes ; les matières fécales étaient en forme de crottes assez grosses, coiffées de mucosités et de stries sanguinolentes ; la défécation était presque toujours précédée d'un grand malaise, et ne cessait pas immédiatement. La question ne pouvait être éclaircie comme chez Moreau ; mais la grosseur des bouchons stercoraux ne permettait pas de se méprendre sur la cause de ces souffrances. Je prescrivis des lavements laxatifs quotidiens, et tous les soirs des quarts de lavement où entraient un gramme d'extrait de ratanhia et huit gouttes d'opium de Rousseau, etc.

Tous les huit jours, cette femme venait me demander s'il ne fallait rien changer à ce traitement, qui l'avait soulagée presque immédiatement ; je le fis continuer cinq semaines ; le rétablissement fut si complet qu'elle est devenue méconnaissable.

Ces faits de gastralgie, d'hypochondrie, d'aménorrhée vous suffiront ; mais voici un fait où il y avait diarrhée et accidents aigus.

Obs. IX. — Madame C..... est âgée de soixante ans ; il y a cinq ans qu'elle assure avoir éprouvé les mêmes accidents que ceux pour lesquels je suis consulté ; les suites, dit-elle, ont été très-longues ; elle appelait cela une gastrite. Cette histoire est de juillet 1847.

Une constipation de vieille date est le seul précurseur des vomissements, de la diarrhée et du dégoût absolu pour lesquels je suis appelé ; la langue est blanche, l'haleine fétide, le ventre souple, mat sur le trajet du colon ; pas de soif, pas de fièvre, pas d'hémorrhoïdes ; le rectum est libre à la hauteur du doigt. J'apprends que, depuis que le ventre a cessé d'être convenablement libre, les matières ont acquis la forme et l'aspect de celles de la maladie qui a précédé.

Je ne pense pas à attribuer les accidents qu'éprouve cette dame, assez active et robuste, à autre chose qu'à la cause qui retient les matières.

Le traitement que je fais suivre pendant toute la maladie est : diète absolue; pour unique boisson, je prescris du sirop de limons dans de l'eau, contenant en dissolution du bicarbonate de potasse à dose suffisante pour que la boisson soit alcaline, lavements huileux entiers, et quarts de lavements opiacés et ratanhiés.

Ces moyens semblent nuls pendant cinq jours; mais le soir de ce dernier jour, la débacle commence; elle en dure huit. Pendant ce temps, il y a quelquefois trois selles par jour, toutes contenant des crottins.

Ils est inutile de prolonger le récit des suites de cette prétendue gastrite; passons à une autre observation tout aussi curieuse, qui prouve que certains accidents urinaires peuvent n'avoir pas d'autre cause.

Quand vous irez à B... chez notre confrère D..., veuillez consulter sa dame sur ce qu'elle vient d'éprouver. Voici l'abrégé de ce fait.

Obs. X. — Il y a plus de six ans qu'elle a eu pour accident de l'époque de son retour une néphrite suppurée du rein gauche. A cette époque, sa vie fut en danger ; les suites en furent longues ; mais elle était complétement rétablie, quand, il y a bientôt un an, elle vint en voiture découverte jusqu'à Amboise, accompagnée de ses enfants. Une pluie battante les surprit en route, et Madame D... fut mouillée complétement.

Peu de jours après cette tribulation, les accidents des années précédentes recommencèrent. Que furent-ils d'abord ? Je ne pourrais le dire au juste ; mais au mois d'avril dernier, j'étais dans l'appartement de cette dame, attendant son mari ; pendant mon attente, elle me raconta son histoire ; ce récit me convainquit qu'elle souffrait pour uriner, mais aussi elle était surtout tourmentée d'une constipation rebelle. Son épuisement était grand enfin, tel que peuvent le faire supposer plusieurs mois d'une maladie, pendant laquelle l'appétit perdu et des digestions pénibles compliquent des souffrances assez aiguës

La constipation ayant fixé mon attention, je demandai des éclaircissements sur la forme des matières, sur ce qui les couvrait parfois ; ils furent complets ; je ne pouvais méconnaître que, si cet accident n'était pas la cause de troubles urinaires, au moins il les compliquait beaucoup. Je conseillai donc l'usage des quarts de lavements ratanhiés, combinés avec ceux entiers laxatifs et une alimentation appropriée.

Quinze jours après, la même cause me fit encore passer quelques instants avec cette dame, qui me fit part que, malgré sa répugnance au traitement que je lui avais conseillé, elle avait dû

céder; car les jours qui avaient suivi notre conversation avaient été des plus mauvais.

En se soumettant au ratanhia, elle commit une erreur ; j'avais dit de faire une décoction de 4 grammes de racines de ratanhia pour 120 grammes d'eau, et elle avait fait dissoudre 4 grammes d'extrait de cette même plante. L'effet de ce premier quart si fortement ratanhié fut, dit-elle, pénible. Les jours suivants, elle en diminua la dose à des proportions convenables, et n'eut plus à s'en plaindre.

Au moment où elle me faisait ce récit, c'est-à-dire douze jours après le premier essai, elle allait librement à la selle, et toutes ses douleurs de ventre, de rein, de vessie, étaient disparues comme par enchantement; elle pouvait manger sans souffrance, et il me fut facile de constater, comme elle, qu'elle se rétablissait à vue.

Je pourrais ajouter à tous ces faits encore un autre aussi bizarre d'une femme de Saint-Martin-le-Beau, Mme A..., que vous et tant d'autres avez vue comme moi, pour des vomissements avec accidents gastralgiques rebelles, à qui j'ai vu vomir du sang et plus tard des matières couleur de suie.

Comme elle allait mal à la selle, que ses matières étaient coiffées de mucosités sanguinolentes, je l'ai soumise aux mêmes moyens qui l'ont infiniment soulagée. Guérira-t-elle tout à fait de cette longue et ennuyeuse affection? Je n'ose m'en flatter, mais enfin elle est mieux. Je me demande si la cause, au lieu d'être bornée au gros intestin, n'est pas étendue à tout le tube digestif; j'ai quelques observations qui donnent de la valeur à ce doute.

Vous avez déjà compris que j'attribue les accidents en question à une ou plusieurs petites ulcérations, siégeant dans le gros intestin, ulcérations de même nature que celle qui produit la fissure.

Il peut arriver quelquefois que des hémorroïdes compliquent cette maladie, ou bien même que ces tumeurs soient ulcérées, que cette ulcération soit de même nature que celle qui siége sur la membrane muqueuse.

Il est facile de distinguer ces cas ; alors les excréments, s'ils sont mous, sont plus ou moins aplatis ; et quand ils sont durs, la constipation est absolue et ne peut être vaincue. Non-seulement ils sont faciles à reconnaître, mais ils ne donnent jamais lieu à des accidents aussi décevants ni aussi durables.

Je n'entreprendrai point une description exacte de ce genre d'ulcère. Ce que j'en ai dit dans mes premières notes sur la fis-

sure, mais surtout ce que M. le professeur Blandin a dit de la fissure infrà, intrà et suprà des sphincters, me semble suffisant. Quand nous faisions des recherches cadavériques plus souvent, nous en rencontrions et nous n'y attachions pas l'importance qu'ils méritent ; nous avons, par conséquent, laissé ce soin à d'autres plus jeunes que nous, qui sans doute ne tarderont pas à nous venir en aide.

Je n'ai point reconnu, à cette maladie, de causes qu'on puisse précisément prévenir ; sans doute les lésions traumatiques, quoiqu'elles soient plus rares dans la continuité du gros intestin qu'à son orifice supérieur, sont cependant encore celles qui, entre toutes, produisent le plus souvent ces ulcérations.

Il suffit, pour qu'il en soit ainsi, que des corps acérés se trouvent compris dans les matières fécales un peu dures. Je vais citer deux faits qui me semblent le prouver suffisamment, si l'on oubliait que c'est ainsi que s'explique très-souvent la formation de la fistule stercorale.

Outre la cause que je viens d'indiquer, qui se perpétue souvent indéfiniment par l'effet du mal lui-même, qui est la constipation, il est, je crois, évident qu'il y a des personnes qui sont disposées aux ulcérations aphteuses ; ainsi, elle ne peut être méconnue chez M. C... et chez M. M..., puisque tous les deux ont été récidivistes. Mais en voici une autre preuve dans le fait suivant, qui est trop curieux pour ne pas vous le rapporter. A son récit, vous reconnaîtrez Mme M... de V... Nous étions loin de croire tous deux, en consultant pour elle, que les lavements ratanhiés, que vous aviez déjà employés trois fois pour triompher du bouchon stercoral, devaient être beaucoup plus tard son moyen de salut.

Obs. XI. — Cette dame, d'une famille tout entière sujette aux aphtes, se maria tard ; le coït lui fut toujours très-douloureux, elle était sujette aux flueurs blanches et à souffrir pour uriner, à un point tel qu'elle se crut calculeuse ; elle n'a eu qu'un fils ; son accouchement fut très-douloureux ; elle devint assez grasse, constipée, hypochondriaque, peu après.

A quarante-huit ans, (1828) diarrhée d'abord, puis constipation rebelle, tumeur dans le flanc gauche endolori, dégoût, digestions difficiles, impossibilité de faire plus d'un repas par jour ; la somme d'aliments d'un seul repas, partagée en trois, amenait toujours une rechute le quatrième jour ; dans les nombreuses tentatives qui furent faites pour modifier son alimentation, ce n'est jamais que le quatrième jour que les accidents eurent lieu ; ils furent graves, très compromettants, si vous vous le rappelez.

En prenant soin de vivre d'aliments légers, de ne faire qu'un repas à midi, Mme M... se rétablit assez bien. Quand elle fut guérie, une séparation se fit entre nous deux ; elle passa, pour les soins ultérieurs, en d'autres mains. Ce qu'elle acquit en dix ans, ce fut de pouvoir prendre le matin un peu de lait. Tel était son état, quand elle consulta mon gendre, M. le docteur Lagarde, au mois de mai dernier.

Une douleur du sein lui faisait craindre un squirre. Il n'en était rien ; mais elle était toujours constipée, éprouvait presque continuellement un écoulement rougeâtre par la vulve qui était odorant. Sa mère et son frère aîné ayant succombé à un squirre du pylore, la pensée d'une semblable affection à l'utérus nous vint à l'esprit.

Le toucher faisait arriver le doigt dans un canal très-étroit et saignant ; le plus petit spéculum ne put être introduit.

Des lavements ratanhiés furent donnés comme pour les autres malades ; le vagin fut touché jusqu'à son fond avec un pinceau, imbibé d'une forte dissolution de nitrate d'argent ; puis il fut fait plusieurs fois par jour des injections vaginales avec une forte décoction de feuilles de noyer laudanisée.

Le résultat de ces moyens fut que les selles redevinrent libres, que l'écoulement vaginal se tarit, que les digestions revinrent à un état que Mme M.... ne connaissait plus depuis vingt ans.

Les réflexions que fait naître ce fait n'ont pas besoin de commentaires. Je reviens aux deux faits qui prouvent comment les matières fécales peuvent recéler le corps vulnérant, et devenir cause de cette espèce de constipation.

Obs. XII. — Pendant les vendanges de 1835, je fus appelé au Moulin-du-Temple pour une grosse femme, Mme Guenault, d'une cinquantaine d'années, qui était allée vendanger huit jours auparavant ; ce jour-là, elle avait mangé copieusement des raisins ; depuis, elle n'avait pas été à la selle et faisait continuellement des efforts pour cela ; les lavements, les bains de siége avaient été inutiles.

Mon doigt, mis dans le rectum, fut littéralement piqué par les pointes des pepins de raisin qui formaient une partie d'un très-gros bouchon stercoral, que je dus rompre et amener au dehors avec le manche d'une cuiller.

Le deuxième fait est en tout semblable.

Obs. XIII.—La femme Bourgoin alla en vendanges, le 1er octobre dernier ; elle mangea du raisin et des cormes. Quatre jours après, je fus appelé ; elle avait envie d'aller à la selle, et se tordait par les souffrances.

Je l'envoyai à l'hôpital, avec ordre de lui donner plusieurs lavements émollients, qui furent sans résultat.

Le lendemain, à ma visite, je prescrivis des lavements laxatifs, et le soir, un demi-lavement ratanhié et opiacé.

Le troisième jour, j'appris que la constipation, qui ne datait que de six jours, ne cédait pas ; que la pauvre femme n'avait eu de soulagement que pendant les huit heures qui avaient suivi l'administration du lavement astringent. Je mis le doigt dans le rectum, et ne fus pas peu surpris de trouver encore un bouchon stercoral, formé de marc de raisin ; il était beaucoup moins gros que celui de la femme Guenault. Je fis la même chose, mais je ne pus retirer que très-peu de matières ; il fut évident que le bouchon stercoral n'était pas retenu par son volume, ni par sa grande consistance, mais seulement par les aspérités formées par les pepins. Quand, avec la cuiller, j'amenais une partie de ces matières, je provoquais des efforts et des douleurs, non pas en proportion de la grosseur des excréments attirés par la cuiller, mais par la quantité de pepins qui heurtaient sur la muqueuse douloureuse.

Vous penserez comme moi, sans doute, que la constipation, par le fait de la douleur qu'éprouve un point assez peu étendu de l'intestin, n'a rien qui doive plus surprendre que celle qui a lieu quand l'ulcère a son siége à la marge de l'anus. Il est vrai qu'il y a encore des médecins qui persistent à voir dans la fissure un état nerveux, un je ne sais quoi, plutôt qu'un ulcère douloureux ; vous savez, mieux que qui que ce soit, ce que les erreurs demandent pour être détruites.

Les moins incrédules seront sans doute les praticiens qui ont eu à traiter cette dyssenterie qui est toujours épidémique, et qui occasionne si souvent des exfoliations plus ou moins étendues de la membrane muqueuse du gros intestin. Dans les cinq années que j'ai dû l'observer, il m'est arrivé souvent d'être rappelé pour des convalescents, qui venaient d'être pris de douleurs de ventre et d'angoisses aussi fortes que dans le fort de leur maladie ; ces accidents, qui n'étaient dus à aucune infraction, que je ne m'expliquais pas d'abord, m'effrayèrent ; j'aurais cru à une perforation, si le ventre fût devenu tendu et douloureux au toucher. Rien ne les calmait tant que ces malades n'avaient pas été à la selle et que, dans les évacuations, il ne se trouvait pas un peu de matière solide plus ou moins moulée ; d'où j'ai conclu, comme d'autres l'ont fait sans doute, que cette recrudescence inopinée des accidents était due au passage d'excréments, plus solides que tout le reste sur la partie ulcérée nouvellement ; et, pour le dire

en passant, j'avais fini par ne plus m'en inquiéter. Le seul moyen que j'y opposais, c'était des lavements émollients. Il m'est arrivé de voir ces douleurs précéder l'expulsion de matières excrémentitielles, qui n'étaient guère plus solides que du miel.

---

5. *Sur l'exercice musculaire considéré comme agent thérapeutique;* par M. V. Trinquier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Revue médico-chirurgicale, février 1848.)

La section des tendons, des muscles même, n'ayant pas encore cessé d'être à l'ordre du jour, je crois opportun de fixer votre attention sur des faits de guérison de contracture opérée par des moyens différents. Il me semble qu'il est rationnel, médical, de remonter à l'origine de ces rétractions et de chercher à saisir la filiation des événements qui ont amené ce résultat final ; on arriverait souvent à quelque indication curative, d'autant plus précieuse qu'elle servirait à modifier l'état maladif d'où provient la lésion matérielle. Mais, une opération au moyen de laquelle un membre, une partie sont redressés immédiatement, en impose aux assistants, et donne par conséquent du relief à l'opérateur ; de plus, voyant seulement la lésion locale, beaucoup de personnes pensent qu'elle seule intéresse, que le malade sera guéri entièrement et pour toujours en enlevant l'obstacle qui s'oppose aux mouvements. Hélas ! l'expérience a si souvent prouvé le contraire, qu'on devrait être plus avare de couper des muscles et des tendons, ou, du moins, ne s'y décider qu'après un mûr examen des causes éloignées et de la lésion elle-même.

Vous savez qu'au nombre des causes de contractures, les plus fréquentes sont le rhumatisme, l'inflammation des articulations, les abcès profonds, les cicatrices, les paralysies partielles qui détruisent l'harmonie d'action entre les muscles antagonistes, les convulsions survenues pendant la vie intra-utérine ou après la naissance, etc. Or, n'est-il pas nécessaire de chercher l'origine et la cause du mal, et de voir, avant de couper un tendon, un muscle, s'il n'existe pas de contre-indication, ou si, par d'autres moyens curatifs, on ne pourrait pas obtenir le même résultat ? Les exemples suivants prouvent qu'un redressement est possible, sans qu'il soit besoin de recourir à une opération qui, par ses suites, n'est pas sans danger, et qui, parfois, aggrave l'état du malade au lieu de l'améliorer.

J'en puiserai la majeure partie dans un ouvrage trop ignoré

en France, et dont l'auteur a retiré des effets merveilleux de l'exercice musculaire (1).

Le premier cas concerne un individu, âgé de 37 ans, qui, à la suite d'attaques répétées d'inflammation rhumatismale au genou droit ayant duré plusieurs années, eut une grande roideur à cette articulation ; la jambe pouvait bien se fléchir en arrière, mais elle ne pouvait, dans l'extension, dépasser une certaine limite. L'état général étant bon, Ward s'occupa seulement de la lésion locale, qu'il traita en faisant marcher le malade sur un plan incliné, et l'obligeant à s'y maintenir autant de temps qu'il pouvait le supporter. Cet exercice fut suspendu quelquefois à cause de la douleur qui se montrait de temps en temps ; mais, à force de persévérance, il recouvra, au bout de sept mois, l'usage entier de son membre.

Le second cas présente plus de gravité : le sujet, âgé de 13 ans, d'une constitution lymphatique, eut la jambe pliée à angle droit sur la cuisse ; cette contracture fixe durait depuis quatre ans et provenait d'attaques répétées d'inflammation de la jointure, présumée de nature rhumatismale. Le genou était gonflé, et une douleur sourde se manifestait au moindre mouvement. Le docteur Ward commença par un traitement interne, composé principalement de toniques et d'apéritifs, car ce malade était d'une grande faiblesse. En même temps il recommanda d'abord le massage, ensuite la percussion sur les muscles de la cuisse, pendant une heure chaque jour, et un léger exercice du membre en se soutenant sur deux chaises. A la fin du premier mois, un léger redressement fut obtenu ; mais une douleur paraissant sous la rotule, surtout à sa partie inférieure, il fallut agir avec prudence, suspendre, reprendre l'exercice et les autres moyens externes. Au bout de trois mois, le membre avait acquis beaucoup de force et de volume ; le gonflement du genou avait diminué sensiblement ; il y avait plus de liberté dans le jeu de l'articulation. Dès que le malade fut en état de se soutenir, il lui fut ordonné de se placer sur le plan incliné, et d'y demeurer jusqu'à ce qu'il ne pût plus le supporter. Après cinq mois de l'usage de ce nouvel exercice, qu'il fallut aussi suspendre de temps en temps, à cause du retour de la douleur, *le membre devint droit, et le malade en eut de nouveau l'entier usage.*

Le troisième cas concerne un goutteux qui avait une ankylose fausse des premières articulations de l'orteil gauche, à la suite d'attaques répétées de goutte, ce qui l'empêchait de marcher.

(1) *Pratical observations on distortions of the spine, chest and limbs, etc.*, by William Tilleard Ward, Londres, in-8°, 1822.

Il guérit, au bout de trois mois, en l'exerçant souvent à faire supporter le poids du corps sur l'orteil qui lui donnait tant d'inquiétude.

Ces trois faits sont assez concluants pour faire apprécier les ressources qu'on peut retirer de l'exercice musculaire. Les deux qui suivent, appartenant au même auteur, sont encore plus explicites.

Un militaire, pendant un long séjour dans l'Inde, fut souvent exposé aux intempéries de l'air, surtout à l'humidité; cela lui procura au dos, aux hanches, aux épaules et aux genoux, des douleurs vives accompagnées de fièvre. Une foule de remèdes fut employée pendant longtemps et toujours sans succès réel. Par la persistance du mal, plusieurs parties furent prises de contracture. A son retour en Angleterre, environ douze mois après, on lui conseilla les bains de Bath, qui le soulagèrent assez promptement et lui permirent le repos. Mais les contractures persistèrent; six mois après, le malade se mit sous la direction du docteur Ward, qui, en octobre 1817, constata ce qui suit :

« Contracture générale et roideur de presque tout le corps: la tête fixe sans aucun mouvement de rotation; point de mouvement dans les vertèbres du cou; le menton penché vers la partie inférieure du sternum; l'impuissance de relever la tête, l'élévation nécessaire des sourcils pour étendre la vue avaient produit des rides profondes sur le front. Il y avait une courbure antéro-postérieure comprimant toutes les vertèbres du cou, du dos et des lombes, et accompagnée d'une incurvation latérale considérable, causée, très-probablement, par la position non naturelle à laquelle le malade avait été longtemps accoutumé; car il trouvait un grand soulagement à appuyer le coude gauche sur sa chaise et à pencher la tête sur le bras de ce côté; la poitrine était rétrécie et enfoncée; l'avant-bras gauche était fléchi sur le bras et contracté; les cuisses étaient pliées à angle droit sur le bassin, sans aucun mouvement en arrière, en avant et sur les côtés, de sorte qu'elles ne pouvaient ni s'écarter, ni s'approcher l'une de l'autre. Les jambes étaient fléchies et contractées sur les cuisses, et les articulations des genoux très-élargies. La diminution de la taille était si grande, que, lorsqu'il était debout, soutenu par des béquilles, elle était de 4 pieds 7 pouces, tandis qu'avant la maladie, elle était d'environ 5 pieds 7 à 8 pouces. Enfin, la tête, placée dans la même position, avançait de 9 pouces au delà des pieds. »

Il était fort difficile de donner du mouvement à un corps dont toutes les articulations étaient plus ou moins gênées. Ce fut,

néanmoins, la seule indication qui dirigea le docteur Ward dans le traitement. Il s'adressa d'abord à la volonté du malade, l'engageant à se mouvoir dans tous les sens. Il ordonna des frictions huileuses sur le cou, et le pria de faire des efforts répétés pour élever la tête. Une légère mobilité dans cette région, obtenue par l'effet de ces exercices, encouragea le malade. Alors on lui mit autour de la tête un bandeau, auquel était fixé un bout de corde dont l'autre extrémité supportait un poids, après s'être réfléchie sur une poulie attachée plus haut que la tête ; de telle sorte que le malade, étant assis, devait tirer avec sa tête cette corde d'avant en arrière, et, au besoin, en sens inverse. On lui ordonna d'augmenter, non-seulement le poids, mais encore le nombre des mouvements et leur vitesse. Le poids fut porté à plus de 15 livres, et le nombre des mouvements à plus de 3,000 par jour. On avait soin de faire coucher le malade, après chaque séance, sur le dos ou sur le côté. Neuf mois entiers furent consacrés, avec exactitude, à ces exercices et à plusieurs autres, qu'il faisait de lui-même à mesure qu'il prenait des forces.

Au bout de ce temps, il avait acquis 3 pouces en hauteur. La mobilité des vertèbres se manifestait par une augmentation de 3 autres pouces quand on soutenait la tête ; il les conserva quelque temps après. Les jambes pouvaient être écartées latéralement, de 20 pouces, et en avant de 25 pouces ; les articulations du bras gauche et des jambes étaient devenues très-libres. Les courbures antéro-postérieure et latérales des régions dorsale et lombaire avaient disparu ; il ne restait plus qu'une légère courbure aux vertèbres du cou. Mais le retour de la poitrine à sa forme naturelle et l'élargissement des épaules, ce qui permit à l'estomac de recevoir une quantité plus grande d'aliments qu'il ne pouvait en contenir pendant la maladie, furent le résultat le plus surprenant. La santé générale était bonne ; le malade pouvait marcher deux milles sans être fatigué. Il quitta le traitement avant sa guérison complète, qui, selon Ward, n'eût pas manqué d'arriver. Néanmoins, il conserva ce qu'il avait gagné.

Quoique incomplet, vous voyez que ce succès est fort remarquable. Le fait suivant est encore plus important.

Le sujet est un individu, âgé d'environ 26 ans, qui fut atteint, en 1812, d'une maladie à l'articulation coxo-fémorale et de douleurs violentes le long de la cuisse, dans la direction du muscle couturier, qui le privaient du sommeil. Il marchait avec l'aide d'un bâton, lorsqu'en 1814, les douleurs s'étant étendues sur tout le corps, les hanches, les jambes se contractèrent et l'épine se courba en avant. Beaucoup de remèdes furent employés sans

succès ; les eaux de Bath, qu'il prit pendant quatre mois, le soulagèrent, mais il resta entièrement perclus.

Consulté en octobre 1818, le docteur Ward constata une incurvation antéro-postérieure de l'épine, comprenant les régions dorsale et lombaire ; les vertèbres n'offraient point de mobilité l'une sur l'autre. Aucun point de l'épine n'était douloureux à la pression ; les cuisses étaient fléchies sur le bassin, et les jambes sur les cuisses, sans aucun mouvement. La jambe gauche était plus courte de 2 pouces que l'autre, et le malade ne pouvait se tenir debout sans le secours des béquilles. Sa taille était alors de 5 pieds 2 pouces 3/8 ; quand il était en bonne santé, il avait 5 pieds 11 pouces 3/4. La santé générale était délabrée ; le malade était très-sensible aux variations atmosphériques. Le moindre effort, soit pour parler haut, soit pour tout autre acte qui accélérait la circulation, le mettait hors d'haleine, et sa voix devenait très-faible. Le pouls, qui battait 130 fois par minute, était faible, et la moindre excitation l'accélérait tellement, qu'on pouvait à peine le compter ; le malade était très-maigre.

Le docteur Ward commença par relever les forces et modifier la constitution par des apéritifs et des toniques. Ensuite, il ordonna le massage le long de l'épine et sur le bas du dos, avec la précaution d'éviter l'articulation malade. Peu à peu il s'habitua à faire des efforts pour se tenir debout, en s'appuyant sur les dossiers de deux chaises seulement ; à écarter avec force les jambes, soit de côté, soit en avant ; à se tenir couché sur le dos autant de temps qu'il le pourrait ; à tirer enfin avec la tête un poids, au moyen d'un cordon réfléchi par une poulie, comme c'était prescrit au malade précédent.

Ces moyens furent employés régulièrement chaque jour pendant douze mois. Des améliorations progressives en furent le résultat : l'épine se redressa complétement, la taille s'allongea de 4 pouces 1/4 ; il y eut une acquisition dans le pas en avant de 1 pied 7 pouces 1/2, de 2 pieds 1 pouce dans le pas de côté ; la santé générale était florissante. Ce jeune homme pouvait parcourir sans fatigue deux milles, aidé seulement d'un bâton. Il n'était plus aussi sensible aux variations atmosphériques. Sa voix acquit de la force ; la respiration devint aisée et libre. Indépendamment du redressement des membres et du tronc, qui fut complet, Ward pense que, ce qu'il y a de plus surprenant dans ce fait, c'est le retour d'une bonne constitution : cet état maladif ne pouvant se prolonger sans devenir fatal.

A ces faits de contractures du tronc et des membres, je dois en ajouter un, pris dans ma collection, qui prouve qu'un torti-

colis peut être guéri sans avoir recours à la section du muscle sterno-cléidomastoïdien.

Mademoiselle Amélie D... me fut amenée en 1833 ; elle était âgée de 13 ans ; son enfance avait été maladive ; elle avait souffert des douleurs variées en intensité dans les membres, les lombes, enfin au cou. Sa constitution, qui était scrofuleuse, se manifesta par différents phénomènes morbides, notamment par l'engorgement des glandes du cou. Vers l'âge de 12 ans, on s'aperçut qu'Amélie penchait la tête du côté gauche ; le derrière du cou devint le siége de douleurs assez vives pour déterminer la fièvre. Quelques mois après, la tête parut reprendre sa position droite ; mais il s'opéra en même temps un mouvement de torsion qui porta le menton sur l'épaule droite, et l'occiput au niveau de la gauche ; plus tard, l'épaule droite fit saillie, se releva, et, par cette direction anormale, donna des inquiétudes aux parents. En effet, il s'était établi une déviation comprenant les vertèbres dorsales et les deux premières lombaires, ayant sa concavité à gauche, destinée à contre-balancer, pour le besoin de l'équilibre, la déviation et la torsion en sens inverse qui occupaient la région cervicale. Celle-ci était le siége de douleurs sourdes et d'engorgement dans toute son étendue.

Une course dans le char rotateur (1) renouvela les amères douleurs, avec une telle acuité que la fièvre survint, que le sommeil et l'appétit furent perdus. Je vis bien qu'une inflammation chronique existait encore dans les muscles, se propageant peut-être aux ligaments. Aussi je m'empressai de recommander un repos absolu, qui fut gardé strictement. Je pratiquai plusieurs saignées locales avec les sangsues et les ventouses scarifiées ; plus tard, je plaçai deux moxas derrière le cou, pensant qu'une forte dérivation détruirait cette irritation, qui menaçait de se reproduire par la plus légère cause, et ferait disparaître l'engorgement. Deux mois furent nécessaires pour obtenir ce double effet.

Rassuré de ce côté, je m'occupai du redressement de la tête, qui était plus inclinée et paraissait plus fermement fixée dans la position vicieuse déjà décrite. Quatre heures pendant le jour et la nuit entière furent consacrées à l'extension horizontale, tandis qu'au moyen d'un appareil particulier la tête était déviée en sens inverse de son inclinaison, et ramenée par une force continue et élastique à sa direction naturelle. Pour modifier la constitution, je fis faire usage des amers, des toniques, d'une bonne alimen-

(1) La description et le dessin de ce char se trouvent dans l'atlas de l'*Orthomorphie* de Delpech, p. 104.

tation. A l'extérieur, j'employai les frictions, les massages sur le derrière du cou et le long de l'épine. Matin et soir, cette jeune malade était obligée de faire une promenade dans le char rotateur, au sortir duquel elle allait se livrer avec ses compagnes à tous les exercices de gymnastique. Cette seconde période du traitement dura quatre mois ; il eut pour résultat le redressement de la tête, la disparition des courbures spinales ; elle acquit beaucoup de force dans les muscles, qui se développèrent sensiblement. Amélie rentra au sein de sa famille, guérie de ses déviations, avec une bonne constitution et une santé florissante.

Ces faits soulèvent deux questions dont la solution est importante pour le pronostic des contractions musculaires. Un muscle, atteint de contracture depuis longtemps, est-il définitivement trop court pour qu'il soit indispensable d'en faire la section, quelle que soit la cause productrice? Mon opinion n'est pas douteuse à cet égard ; mais les observations du docteur anglais prouvent d'une manière péremptoire que des muscles, contractés depuis même plusieurs années, peuvent être ramenés à leur longueur normale au moyen d'exercices spéciaux et continués longtemps. D'un autre côté, l'immobilité prolongée du membre n'a-t-elle pas occasionné l'inertie des muscles extenseurs, qui s'émacient, et dont la puissance contractile est diminuée ? Or, l'exercice, en même temps qu'il sert à étendre les fléchisseurs, donne du ton à leurs antagonistes ; d'où résulte que, lorsque le membre est redressé, il trouve avoir acquis le volume et la force nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions.

La seconde question est de savoir jusqu'à quel degré les surfaces articulaires sont lésées. Si une ankylose véritable existe, il n'y a rien à faire, à moins de la *briser*, ce qui est toujours fort grave. Heureusement, de l'avis de tous les praticiens, ces cas sont rares, et peuvent être pronostiqués par l'examen direct et l'histoire de la maladie qui les a déterminés ; on peut donc espérer, le plus souvent, de rendre à une articulation sa mobilité et ses fonctions, quoique l'inflammation ait été considérable. Mais ce n'est pas subitement que ce retour à l'état normal peut être obtenu : il faut du temps, un exercice progressif, fréquemment renouvelé, et dirigé avec prudence et précaution. Ainsi, le même exercice qui fortifie, développe les muscles, détruit la rigidité des ligaments, active les fonctions absorbantes et modifie les surfaces articulaires insensiblement, de telle sorte que les fonctions de l'articulation reviennent concurremment avec la puissance musculaire pour la faire jouer. Enfin, il est presque toujours nécessaire de faire suivre au malade un régime hygiénique, et un

traitement accommodé aux causes du mal, à l'âge et à la constitution.

Ne croyez pas que je veuille déprécier la valeur de la section des tendons. C'est une conquête qu'a faite la chirurgie moderne, quoique l'opération ne soit pas nouvelle. Il est fâcheux qu'elle soit devenue comme un objet de mode. On s'en engoue, on en prône les résultats dans les journaux, même politiques; on en abuse en l'appliquant à tous les cas sans distinction, puis on fait sonner bien haut des cures nombreuses et merveilleuses. Il est temps d'arrêter cette nouvelle *manie*, et pour l'honneur de l'art et pour la santé des infirmes. Les praticiens haut placés, les médecins consciencieux, devraient examiner avec impartialité la valeur réelle de cette opération, qui, selon moi, doit être employée avec prudence, réserve, et l'intelligence exacte des causes, des symptômes et de la nature de l'affection qui a donné naissance aux contractures, aux déviations.

V. ACCOUCHEMts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 6. *Le ralentissement du travail dans un accouchement naturel est-il un motif suffisant pour autoriser l'administration du seigle ergoté*; par le docteur Géry. (Mémoire lu à la Société médicale du Temple.)

(Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharm., décembre 1847.)

Tous les médecins, ceux surtout qui se livrent à la pratique des accouchements, savent avec quelle légèreté déplorable les sages-femmes administrent le seigle ergoté. Dès que le travail languit, que les douleurs sont peu soutenues, ou peu expulsives, pourvu que la tête se présente, en quelque position que ce soit, et sans se préoccuper aucunement des nombreuses causes dystociques qui peuvent influencer la marche de l'accouchement; presque toujours, pour ne pas dire toujours, ces dames ont recours à la poudre d'ergot. (On pourra se faire une idée de l'usage ou plutôt de l'abus qu'en font les sages-femmes, par ce que me disait, il y a peu de temps, un honorable pharmacien de mon quartier, M. Lesage : je délivre, me disait-il, au moins une fois par semaine la poudre d'ergot de seigle, sur prescription de sage-femme, et n'en donne pas une fois par mois sur l'ordonnance d'un docteur. Plusieurs autres pharmaciens m'ont donné les mêmes renseignements.)

N'est-il pas de cas cependant où le seigle ergoté pourra être

d'autant plus nuisible, qu'il aura mieux répondu à une attente inconsidérée ? Le fait que je vais exposer me paraît de nature à résoudre cette question.

Je fus appelé, le 11 du mois dernier, à dix heures du soir, rue du Chemin-Vert, pour accoucher Mme B..., âgée de vingt-sept ans. Cette dame, brune, grande, maigre, en est à sa seconde grossesse ; elle a eu un enfant il y a deux ans. Une maladie grave (métro-péritonite) suivit l'accouchement, qui avait été naturel, mais long et laborieux ; l'enfant périt dans le travail. La sage-femme, chargée de l'accouchement, avait administré le seigle ergoté à doses assez élevées ; d'après le prix que m'ont déclaré les parents, il devait y en avoir de 3 à 4 grammes.

A mon arrivée près de Mme B..., je trouve un commencement de travail ; depuis l'après-midi, les eaux coulent à chaque douleur. Néanmoins, le col est encore placé très-haut, porté en arrière, et fort peu dilaté. Je ne puis encore me rendre un compte bien exact de la position de la tête, mais je constate une présentation du sommet. Les douleurs sont faibles, éloignées, peu soutenues; en raison de toutes ces circonstances, j'annonce que l'accouchement n'aura pas lieu pendant la nuit, et je me retire.

Le 12 au matin, on vint me chercher à six heures et demie. Mme B.... a souffert toute la nuit; les douleurs ont toujours été et sont encore ce matin assez fréquentes, mais de peu de durée. Au toucher, je trouve le col complétement effacé, et la tête sur le point de franchir le détroit supérieur ; en un mot, tout porte à penser que le travail ne sera pas de longue durée. Il n'en fut cependant pas tout à fait ainsi ; plusieurs circonstances imprévues vinrent, comme il arrive souvent en obstétrique, démentir mes prévisions.

La tête fut très-longue à descendre ; les parties molles présentèrent autant de résistance que chez une primipare, et pendant longtemps, à chaque effort expulsif (je ne dis pas à chaque douleur, car, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le dire ailleurs et que le savent, du reste, tous les praticiens, toutes les douleurs ne sont pas expulsives), à chaque effort, dis-je, le périnée était distendu à se rompre, et cependant, bien que le travail fût alors assez soutenu, la tête n'avançait pas. Cette dernière partie du travail, qui semblait devoir se terminer en vingt minutes, ne dura pas moins de deux heures et demie, et ce ne fut qu'à près de dix heures du matin que la tête franchit enfin la vulve et présenta la face gonflée, turgescente, violacée, avec tous les symptômes de la congestion apoplectique. L'enfant ne criait pas. La

tête, en deuxième position, était fortement appliquée contre la cuisse droite de la mère.

Dès que la tête eut franchi la vulve, j'eus soin, ainsi qu'il est de précepte, de parcourir avec le doigt le cou de l'enfant, j'y trouvai un tour de cordon et je ne sentis aucun battement dans cette tige vasculaire ; je me hâtai de dérouler le cordon, et j'en fis la section après avoir, chose à laquelle je ne manque jamais, posé une ligature au-dessus du point de section ; je ne procédai, au contraire, à la ligature du bout ombilical qu'après en avoir laissé jaillir la quantité de sang nécessaire pour faire cesser la congestion. A mesure que cet état se dissipa, l'enfant, du sexe féminin, assez fort et bien constitué, poussa des cris faibles d'abord, mais peu à peu mieux articulés, et en quelques minutes la circulation fut normalement établie.

Tel est l'exposé du fait, et voici les conséquences qui me paraissent en découler.

Cet accouchement, tout naturel qu'il soit, présente cependant plusieurs particularités à noter : telles qu'une certaine étroitesse du bassin, étroitesse qui, sans constituer un état anormal, a néanmoins contribué à ralentir la marche de l'accouchement, effet auquel a également concouru la rigidité des parties molles ; mais la particularité qui doit surtout fixer ici l'attention est celle de l'enroulement du cordon autour du cou de l'enfant. Bien qu'il n'y eût qu'un seul tour, il en résultait une brièveté notable dans la portion restante, et j'ai vu des cas où il y avait jusqu'à trois circonvolutions autour du cou, sans que la partie libre du cordon fût réduite à un tel état de raccourcissement. Aussi me crois-je en droit d'attribuer à cette circonstance la plus grande part dans la lenteur du travail, et elle me rend parfaitement compte du brusque retrait de la tête à la cessation de chaque douleur, en même temps qu'elle m'explique le peu de résultat obtenu par chaque effort expulsif. Mais ce n'est pas de cette circonstance prise en elle-même que je veux m'occuper ; je veux l'examiner dans ses rapports avec l'administratien du seigle ergoté, et rechercher quelle influence aurait pu exercer ici la poudre obstétricale. C'est là, ce me semble, le point important de cette observation, le seul qui, à mes yeux, lui donne quelque valeur et me détermine à la publier.

D'après ce que j'en sais par moi-même et par les renseignements que j'ai pris à ce sujet, je ne mets pas en doute qu'une sage-femme ne se fût empressée, dans le cas précité, d'avoir recours au seigle ergoté ; elle y eût été surabondamment autorisée pour elle, et par l'intervalle qui existait entre les douleurs,

et par leur peu de durée dans le commencement, par leur insuffisance dans le dernier temps du travail, et enfin, par la marche si lente de celui-ci, alors que rien ne semblait justifier cette lenteur. Eh bien! que fût-il advenu, dans ce cas, de l'administration de la poudre obstétricale? La réponse ne me paraît pas douteuse; c'est qu'elle aurait eu des conséquences d'autant plus fâcheuses, qu'elle aurait pu se montrer plus efficace. Cette réponse me semble ressortir évidemment de l'analyse de cet accouchement, et surtout de la dernière partie du travail.

Depuis assez longtemps déjà la tête était descendue dans le petit bassin, et les progrès de l'accouchement répondaient peu aux efforts assez soutenus d'expulsion. Mme B... me témoignait assez par son impatience et son découragement qu'elle était étonnée de mon inaction; la contenance des assistants n'était pas moins expressive; et c'est trop souvent là ce qui fait sortir d'une sage réserve un accoucheur inexpérimenté, et surtout les sages-femmes; mais, accoutumé dès longtemps à ne tenir compte ni des plaintes de la femme, ni des marques d'impatience des assistants, toujours faciles, du reste, à maintenir dans les limites convenables, par un air et un maintien calmes, mais fermes et dignes, je ne me préoccupai nullement de toutes ces démonstrations, et j'eus bientôt occasion de reconnaître que ce contretemps apparent, cette lenteur dans la marche du travail, étaient les circonstances les plus heureuses qui pussent survenir dans l'espèce, et que très-probablement c'était grâce à elles que l'enfant était né vivant.

En tenant compte de la disposition du cordon, je tiens pour certain, quant à moi, que si, dans cet accouchement, cédant à des considérations extérieures, on eût donné la poudre obstétricale, au lieu de le laisser se terminer naturellement, l'enfant aurait péri dans le travail: parce qu'en activant les douleurs, en les rendant plus énergiques et plus rapprochées, on aurait augmenté l'état apoplectique du cerveau, en y maintenant la congestion permanente par la constriction qu'aurait exercée le cordon autour du cou; tandis qu'au contraire la nature, livrée à elle-même, donnait au sang qu'engorgeait le cerveau, pendant les efforts, la facilité de revenir et de rentrer dans la circulation générale pendant l'intervalle prolongé qui existait entre les douleurs; en sorte que la lenteur dans la marche du travail, le peu d'énergie des douleurs et l'intervalle assez prolongé qui les espaçait, loin d'avoir été des circonstances défavorables, ont été au contraire, dans ce cas, des circonstances salutaires, et me paraissent sinon établir une contre-indication de plus à l'administra-

tion du seigle ergoté, en raison de la difficulté de constater la cause principale qui les a produites ici, mais devoir tout au moins provoquer une plus grande réserve encore dans l'usage de cette poudre, attendu que les cas d'enroulement autour du cou ne sont pas rares, et que, dans ces cas, l'ergot peut être funeste.

Je n'ignore pas qu'il est bien difficile de déterminer d'avance l'existence de l'entortillement du cordon ; il me paraît même impossible d'en avoir la certitude *à priori;* mais on peut avoir des présomptions, et alors on doit se tenir en garde et agir en conséquence ; pour moi, dans le cas qui fait le sujet de cette observation, quelques indices auraient peut-être pu me mettre sur la voie de la véritable cause du retard qu'éprouva l'expulsion de la tête. A plusieurs reprises, en effet, je fus frappé de la portée et de la promptitude de la rétrocession de la tête, immédiatement après la cessation des douleurs, en opposition complète avec la lenteur et le peu d'efficacité de celles-ci sur la progression du travail, la tête n'avançant qu'après une durée plus qu'ordinaire d'efforts expulsifs.

Malgré ces remarques, je n'hésite pas à le confesser, la brièveté du cordon ne me vint pas à l'idée; et si je n'eus pas recours au seigle ergoté, ce ne fut nullement par appréhension d'accident, dont je ne signale la possibilité qu'après coup, mais bien parce que, de l'ensemble des circonstances, il ne me parut pas résulter l'indication d'employer cette poudre : j'aurais plutôt songé au forceps si j'avais cru devoir intervenir plus activement que je ne le fis ; mais quelque inoffensive que soit en général l'application de cet instrument, je pense qu'on ne doit le mettre en usage que quand il y a nécessité absolue; et vingt années d'expérience m'ont appris que, dans la pratique des accouchements, alors que rien ne périclite, *un peu de patience est le meilleur auxiliaire de l'accoucheur.*

---

7. *Évolution spontanée du fœtus;* par M. Boureau, médecin à Noyon-sur-Sarthe.

(Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharm., décembre 1847.)

Les observations d'évolution spontanée du fœtus sont rares et assez importantes, pour que je croie devoir vous faire connaître celle que j'ai recueillie.

Le 9 avril 1846, je fus appelé en toute hâte auprès de la femme Brou ; elle a vingt-huit ans, est forte et bien conformée, enceinte pour la troisième fois ; ses deux premiers accouchements ont offert une présentation de l'épaule avec sortie du bras. Cette fois encore une présentation de l'épaule avec issue du bras. De-

puis deux jours, le travail était commencé ; la poche amniotique s'était brisée dès le début des douleurs, et une main n'avait pas tardé à se montrer ; une anse de cordon s'était aussi présentée. La sage-femme, qui assistait la malade, avait pratiqué sur le bras des tractions qui produisirent un effet que je n'ai pas besoin d'indiquer pour vous le faire connaître. Bref, malgré les assurances que leur donnait la sage-femme, les parents se décidèrent à m'appeler plus de trente heures après la sortie du bras. A mon arrivée, le bras, violet, froid, pendait de toute sa longueur entre les cuisses de la femme ; la face palmaire était tournée vers la pointe sacrée ; une anse de cordon, froide, flétrie et sans pulsations, descendait à côté et vers la face palmaire de la main ; l'épaule tout entière est engagée ; la tête est dans la fosse iliaque droite, l'occiput en avant ; le bras gauche prolapsé. L'utérus est dans un état de contraction permanente très-violente ; il est impossible de porter la main dans sa cavité ; à peine puis-je introduire deux doigts pour m'assurer de la disposition des diverses parties du fœtus. Chaque essai d'introduction de la main augmentait l'état de malaise de la femme, et pourtant il était urgent de terminer cet accouchement. Après une demi-heure d'essais infructueux, je vis que le bras paraissait remonter ; cette apparence de retrait était due à la descente graduelle de la poitrine, qui forçait l'épaule à s'effacer, à se cacher dans l'excavation vaginale. Peu à peu cette tendance s'accrut, et bientôt l'abdomen se montra à la vulve. Je voyais se parfaire sous mes yeux une évolution pelvienne spontanée. Je voulus profiter de cette disposition, et, à l'aide des doigts, portés aussi haut que possible sur les hanches de l'enfant, j'opérai des tractions qui, au bout de quelques instants, amenèrent le siége. Le reste de l'accouchement se termina comme un accouchement par les pieds, et la femme n'éprouva d'autres accidents qu'un engourdissement considérable du pied gauche, qui persista longtemps et s'accompagna d'œdème du pied. L'enfant était du sexe masculin, et je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il était mort.

Remarques. — A cette observation, que nous empruntons à l'*Union médicale*, nous en ajouterons une autre. Pendant notre internat à l'hôpital Saint-Louis, et un jour que nous étions de garde, on apporta une femme en travail depuis plusieurs heures : le bras gauche passait à la vulve. Nous allions essayer de le faire rentrer, quand nous vîmes, comme dans l'observation précédente, le bras remonter un peu, puis le côté gauche de la poitrine et le flanc correspondant se montrèrent à la vulve, bientôt la hanche, et enfin les fesses parurent, et l'enfant sortit ainsi

plié en quelque sorte en deux ; la tête, restée la dernière, dut être extraite immédiatement, mais la main suffit pour cela. Notre collègue M. Barth, aujourd'hui agrégé à la Faculté de Paris, nous assistait.

---

8. *Emploi du chloroforme dans deux accouchements terminés par le forceps* ; par MM. les docteurs Bossion et Lebreton.

(Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharm., janvier 1848.)

Mme L...., âgée de vingt et un ans, primipare, petite mais bien faite, d'une bonne et forte constitution, demeurant rue Bourbon-Villeneuve, 9, fut prise, dans la journée de jeudi 16 décembre 1847, de douleurs pour accoucher. Vers onze heures du soir, ayant été appelé près de la malade, je pratiquai le toucher et ne découvris aucun travail de dilatation. Étant revenu le lendemain à six heures du matin, je trouvai le col assez mou et la dilatation assez avancée, je constatai en même temps que la tête était au détroit supérieur et dans une bonne position du sommet. Les douleurs, qui avaient continué pendant toute la nuit, devinrent assez aiguës et me permirent de croire à une prochaine délivrance.

A huit heures, la tête n'avait pas quitté la position, et les contractions de l'utérus étaient plus rares ; ayant observé que la dilatation était terminée et acquis la certitude que le détroit supérieur et la cavité pelvienne étaient bien conformés, je crus devoir employer le seigle ergoté que j'administrai de suite à la dose de 1 gramme ; vingt-cinq minutes après l'injection de ce médicament, les douleurs devinrent fréquentes et très-vives, bientôt la tête descendit dans la cavité pelvienne, s'engagea lentement dans le détroit inférieur, et s'avança jusqu'aux parties molles ; mais une fois dans cette position, elle s'y arrêta pour ne plus bouger. Cependant les contractions de l'utérus etaient incessantes et extrêmement vives, elles persistèrent ainsi pendant trois heures sans amener de déplacement.

Les parties molles offraient une rigidité et une résistance extraordinaires, leur tension était telle, au moment des douleurs, que l'orifice externe admettait avec grande peine l'introduction de trois doigts. A une heure de l'après-midi, aucun changement ne s'était opéré, la tête restait comme enclavée ; cependant la malade était épuisée par vingt-quatre heures de souffrances, et me suppliait de la délivrer. C'est alors que je me décidai à avoir recours au forceps, avec l'intention de faire précéder cette opération de l'emploi du chloroforme.

Je fis prendre chez M. Poulenc, pharmacien, 10 grammes de

chloroforme très-pur, je versai cette liqueur sur une éponge creusée en entonnoir, et l'appliquai sur la bouche et les narines de la malade; une minute après, les contractions de l'utérus cessèrent, la malade devint calme, s'assoupit et ne parla plus que pour dire que je lui faisais mal, lorsque je la pinçais; j'attendis encore sans obtenir plus d'engourdissement, et au bout de quatre minutes, elle poussa un gros soupir, comme si elle sortait d'un long et profond sommeil, et déclara qu'elle avait parfaitement dormi; un instant après, toutes les souffrances reparurent. Il était évident que je n'avais pas saisi le temps opportun pour agir; il fallut donc recommencer, mais cette fois je voulus être assisté d'un confrère, et je fis appeler le docteur Renaut. Ayant à notre disposition une autre dose de chloroforme, que j'avais envoyé chercher, j'en versai les 10 grammes sur la même éponge, et mon confrère la plaça avec soin devant la bouche et le nez de la malade; au bout de deux minutes, nous obtînmes du sommeil et un calme parfait; dès lors je procédai à l'opération.

J'introduisis successivement, avec la plus grande facilité, les deux branches du forceps; après les avoir fixées, j'exerçai de légères tractions, à l'aide desquelles j'amenai sans effort la tête de l'enfant; l'accouchement fut terminé aussitôt, et mon confrère, M. Renaut, estima que l'opération n'avait pas duré plus d'une minute et demie. Mme L.... se réveilla assez brusquement sans avoir la conscience de ce qui s'était passé, et aux premiers cris de l'enfant, elle ne sut contenir toute sa joie. La délivrance eut lieu dix minutes plus tard, après quoi la malade fut remise dans son lit, et, chose remarquable, elle ne portait aucune déchirure au périnée. A dater de cette époque, les suites de couches se passèrent naturellement, et aujourd'hui cette jeune femme va très-bien.

L'enfant est arrivé presque asphyxié, et il s'est ranimé après la perte d'une à deux cuillerées de sang; il est fort et bien portant.

Dans ce fait, aussi satisfaisant que remarquable, on voit qu'à l'aide des inhalations chloroformiques, nous avons obtenu des avantages qui sont de plusieurs genres, à savoir :

1° La suspension des douleurs;

2° La disparition de la rigidité et de la résistance des parties molles, qui passent à l'état de relâchement et même de flaccidité;

3° L'introduction extrêmement facile du forceps;

4° L'extraction sans effort de la tête de l'enfant.

De tels résultats sont immenses d'abord pour la femme que

l'on soustrait à des souffrances ordinairement horribles, puis pour l'accoucheur, qui agit sans rencontrer de difficultés.

Paris, 31 décembre 1847.

A la suite de cette observation, qui nous a été communiquée par notre honorable confrère, M. Bossion, nous devons mentionner un autre fait également très-curieux.

Madame B..., demeurant faubourg Saint-Denis, 15, âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament extrêmement nerveux, mariée depuis dix ans, réglée depuis deux ans seulement et enceinte pour la première fois, fut prise des douleurs de l'enfantement lundi soir 13. Les douleurs continuèrent en présentant des intervalles, quelquefois assez longs, pendant les journées du 14 et du 15. Le 16, dans la matinée, la malade prit un bain de deux heures qui procura beaucoup de calme. Le col de la matrice, qui, jusqu'alors, avait conservé beaucoup de rigidité, devint souple et la dilatation fut bientôt complète. Depuis trois heures jusqu'à dix heures du soir, les douleurs les plus vives succédèrent presque sans interruption. Exaspérée alors par un travail de trois jours et les souffrances les plus horribles, la malade fut prise d'un violent accès de délire. Madame Barré, sage-femme très-expérimentée, qui assistait la malade depuis le commencement du travail, justement effrayée de son état, me fit appeler.

Arrivé auprès de la dame B..., à onze heures et demie du soir, je la trouvai dans un état d'exaltation extrême. Quatre personnes essayaient vainement de la contenir; elle déraisonnait complétement; tantôt poussait des hurlements affreux, tantôt se livrait aux accès de la plus folle gaîté, chantant et dansant sur son lit; il était impossible de lui faire entendre et d'en obtenir la moindre parole; elle ne reconnaissait aucune des personnes qui l'entouraient.

Je m'assurai avec beaucoup de difficulté de l'état du travail, et ayant trouvé la tête dans le milieu de l'excavation pelvienne, je me décidai à appliquer immédiatement le forceps, ne croyant pas prudent de laisser se prolonger un état aussi alarmant.

Mon premier soin fut de soustraire promptement la malade aux souffrances horribles auxquelles elle était en proie, et de la mettre dans un état de calme convenable pour pratiquer l'opération. J'eus recours à cet effet au chloroforme. N'ayant à ma disposition qu'une mauvaise éponge, il me fallut 12 grammes de liquide pour amener le sommeil, qui ne fut complet qu'au bout de cinq minutes; mais ce sommeil fut si profond et si calme, qu'il me permit de placer la malade convenablement sur le bord

de son lit, d'appliquer le forceps, de terminer l'accouchement et d'opérer la délivrance, sans que la malade ait témoigné la moindre sensibilité et fait le moindre mouvement.

L'opération a été extrêmement prompte et facile, et l'enfant n'a nullement souffert. La malade, remise dans son lit, a continué de dormir d'un sommeil extrêmement calme ; elle ne s'est réveillée qu'au bout d'une demi-heure ; alors elle a éprouvé de petites coliques qu'elle a prises pour des douleurs d'accouchement. Interrogée sur son sommeil, elle a déclaré qu'elle dormait depuis dix heures du soir, que la sage-femme l'avait laissée reposer, qu'elle allait bientôt revenir. Elle nous a déclaré que ce sommeil lui avait fait beaucoup de bien et qu'elle aurait plus de force pour accoucher. Je lui ai alors appris, avec beaucoup de précaution, qu'elle était accouchée, en lui expliquant le moyen dont je m'étais servi pour calmer ses douleurs. Je lui ai fait présenter son enfant, qu'elle a couvert de baisers, en se livrant aux transports de la joie la plus vive. La raison est complétement revenue, et il ne reste aucune trace de cette exaltation cérébrale, déterminée par la violence et la durée des douleurs.

MALADIES DES ENFANTS. — 9. *De l'éclampsie ou affection convulsive chez les enfants* ; par M. le docteur DECHAUT, médecin à Montluçon (Allier), ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Mémoire honoré d'une médaille d'or par la Société de Médecine de Toulouse (Concours de 1847).

(Journal de Médecine et de Chirurgie de Toulouse, octobre et novembre 1847.)

§. Ier. — *Idée générale. — Parrallèle.* — L'éclampsie est une perturbation de l'innervation qui se révèle principalement à nous par un état anormal des contractions musculaires, depuis la simple fixité, la simple roideur, l'impuissance même de quelques muscles, jusqu'aux convulsions les plus désordonnées.

Elle est difficile à définir, parce qu'elle est très-étendue, mal circonscrite, et qu'elle se mêle à plusieurs maladies. C'est le titre générique et scientifique de ce que le vulgaire appelle le *cataire*, les gens du monde et les médecins eux-mêmes, les convulsions. Elle commence en quelque sorte au spasme, pour se limiter et se confondre avec l'épilepsie, l'hystérie, les névroses, le tétanos, la paralysie même. Elle est le plus souvent un épiphénomène, une crise, une complication ; elle constitue aussi toute la maladie, une maladie essentielle.

L'éclampsie est une des affections prédominantes de l'enfance, fréquente et redoutable. Elle existe à tous les degrés : c'est une

grimace, un regard indéfini, un mouvement presque normal, un mâchonnement, un pouce un peu plus serré dans la paume de la main ; ce sont des convulsions effrayantes, à tout rompre, à tout briser. — Elle revêt des formes franches ou insidieuses : ainsi elle se révèle aux plus simples par l'agitation des membres et de tout le corps, ou bien elle se cache sous l'apparence d'un rire, d'un hoquet, de soupirs entrecoupés, d'une colère, d'une bouderie, etc. — Fugitive, elle passe comme l'éclair, sans laisser de trace : le médecin vient, il ne veut, il ne peut croire à son existence ; il tranquillise les parents, il part, et la scène recommence avec des progrès surprenants. Elle dure des heures, des jours; elle semble avoir entraîné des désorganisations, des ruptures, des congestions, des épanchements sans retour : l'orage se dissipe, le calme et la santé reviennent. Le médecin a prononcé la mort, il a quelquefois même abandonné le malade : la scène se prolonge, on va chercher le *panseur*, la personne aux secrets, qui *panse* pour le *cataire* et tant d'espèces de maux. Le panseur arrive à propos, la crise cède quand même, et à lui l'honneur ; la médecine est éternellement raillée, et la magie, la sorcellerie éternellement maintenues.

Il faut donc être bien averti qu'avec l'éclampsie on a affaire à un Protée qui nous abuse par la légèreté, le naturel de ses formes, par ses rémissions, ou qui nous décourage, nous terrifie par le désordre extrême et la persistance de ce bouleversement ; que c'est un caméléon qui nous éblouit par la pureté, la limpidité du teint, ou qui nous désespère par la rougeur, la pâleur, la cyanose du sujet. — J'insiste sur ces deux points de bénignité trompeuse et de gravité effrayante, parce que là gissent toute la difficulté de l'art et le plus grand mérite du médecin. Le monde connaît presque aussi bien que nous les cas ordinaires ; il ne nous respecte, il ne nous accorde notre supériorité qu'à la condition que nous pénétrons les choses impénétrables pour lui. D'où nous tirerons ce précepte, que, dans l'éclampsie, il ne faut pas s'endormir sur le peu d'intensité des symptômes, ni lâcher la partie parce que le désordre se montre considérable. Il n'y a pas dans cette maladie de terme précis pour l'espérance ni pour le désespoir.

On a voulu établir une similitude entre l'éclampsie et l'épilepsie (*epilepsia puerilis*) ; je la repousse de toute mon âme. L'épilepsie a quelque chose d'infamant, de dégradant, qui flétrit une famille, qui ternit un brillant avenir : elle est incurable, elle conduit à l'abrutissement. L'éclampsie peut sans doute dégénérer quelquefois en cet horrible fléau, mais ordinairement elle est curable ou promptement mortelle, et elle se présente chez les

enfants doués des plus belles facultés, qui seront un jour les hommes les plus remarquables de leur siècle. S'il me fallait établir un parallèle, je l'établirais avec l'hystérie et l'hypochondrie (considérée comme pendant de l'hystérie) : c'est la fille de ces deux grandes affections aux formes infinies, c'en est la première période ou l'enfance. Toutes trois constituent les trois côtés d'un triangle ou l'arc, la corde et le rayon d'un cercle qui se reproduit incessamment. Un enfant éclamptique étant donné, vous remonterez toujours à un parent hystérique ou hypochondriaque. Dans les personnes qui viennent me consulter pour ces affections, je retrouve d'anciens éclamptiques, dans mes petits éclamptiques, je présage des hystériques et des hypochondriaques. Quand je suis appelé pour un cas d'éclampsie, je retrouve mes affections génératrices presque immanquablement dans les parents qui m'environnent, soit que je les connaisse de longue main, soit que je les examine *entre les deux yeux*, dans leurs allures, dans leur exaltation, au milieu de la scène qui ne manque pas alors de se passer dans une famille.

C'est que je ne vois pas l'éclampsie seulement dans les convulsions manifestes : elle se révèle principalement par des contractions anormales, parce qu'à cet âge la vie consiste principalement dans le mouvement, qu'elle est plus animale qu'intellectuelle, que l'intelligence sommeille encore ; mais l'innervation intellectuelle suit les perturbations de l'innervation musculaire, et l'innervation viscérale n'est pas moins troublée ; ce sont les convulsions internes dont on parle peu, parce qu'elles sont cachées, mais qui jouent néanmoins un grand rôle, et qui sont le prélude de ces spasmes, de ces sensations, de ces phénomènes bizarres qu'accusera plus tard l'hypochondriaque. — Je vois l'éclampsie transformée, latente, prête à éclater à la moindre étincelle chez cet enfant précoce qui jase, qui raconte, qui débite toutes sortes de gentillesses, à l'admiration de sa famille ; tandis que moi, je le plains, je le redoute lorsqu'il me tombera malade. Je la vois chez celui qui rêve, qui parle, qui s'agite en dormant ; chez cet autre irascible, colère, au teint changeant, à la physionomie mobile ; chez celui qui est sauvage, taciturne, sournois, dont l'œil est vif, la peau animée, qui annonce beaucoup de forces en réserve ; chez celui qui est débile, rachitique, exsangue ; chez celui qui a des étouffements, qui devient froid, qui ne peut prendre haleine, qui a des constrictions du pharynx, du larynx, des vomissements, des pneumatoses ; des coliques spasmodiques ; chez tous ceux enfin qui, pour une irritation, une simple fièvre, sont pris de symptômes nerveux.

De même que Sydenham a dit que l'hystérie se mêle à toutes les maladies de la femme, et que le médecin, qui ne connaîtra pas bien son Protée hystérique, ne comprendra rien aux maladies du sexe ; de même nous dirons que l'éclampsie complique souvent les maladies de l'enfance, et qu'il faut s'attendre à toutes ses transformations pour bien apprécier les maladies de cet âge. En un mot, toutes les affections nerveuses de l'enfance étant représentées par un arbre, l'éclampsie pour nous en constituera le tronc.

§ II. — *Étiologie.* — Les causes sont nombreuses et variées ; on peut cependant les rattacher à l'origine, au tempérament, aux conditions atmosphériques, à l'état des voies digestives, du sang, du système nerveux, aux excitants de toute espèce, à l'éducation.

Origine. — La plupart des enfants éclamptiques doivent le jour à des parents nerveux, que la nervosité soit manifeste ou latente : écoutez la narration animée qu'ils vous font des crises de leur enfant, des tourments qu'il leur cause, de leur désespoir s'ils le perdent, ou s'il reste toujours ainsi ; pesez leurs expressions, considérez leurs mouvements, leurs gestes, leur physionomie ; scrutez leur regard, et par leurs yeux pénétrez dans leur cerveau. — Si vous les connaissiez de longue date, rappelez-vous leur exaltation dans les circonstances difficiles de la vie et les maladies nerveuses dont ils ont été atteints. Là vous avez un père et une mère excessivement affectueux, dont tout le désir est d'élever des enfants, et qui ne peuvent parvenir à en sauver : ils sont extrêmement délicats, scrupuleux, enthousiastes ; ils s'exagèrent toute chose. Ici ce sont des avares, des fourbes, je dirai presque des coquins, des caractères acariâtres, violents, orageux, dont la vie va par saccades, par bonds ; un jour orgueilleux, exaltés, un autre moment déprimés, dans les abîmes du désespoir. — C'est une mère pleureuse, vaporeuse, névralgique ; un père passionné, mélancolique, qui vous a parlé de suicide, de phthisie, d'anévrysme, de gastrite, de cancer du foie, etc. — Ce sont des bossus, des boiteux, des manchots. — Et remarquez bien que vous trouvez ces gens nerveux dans toutes les classes de la société, dans les familles des artisans, des habitants de la campagne, comme chez les riches : c'est une erreur de croire que les gens de la campagne ne sont pas nerveux ; je connais parmi eux beaucoup d'hystériques et d'hypochondriaques, et l'éclampsie est fréquente chez leurs enfants.

Caractère. — Avec une pareille origine vous aurez un caractère difficile, un enfant capricieux, gâté forcément, boudeur,

peureux, timide devant un étranger, et par derrière plein d'observation et de finesse : il jase, il babille ; c'est un petit esprit dont on colporte les bons mots.

Atmosphère. — L'atmosphère exerce une grande influence par sa température froide, chaude, son humidité, sa sécheresse, ses variations brusques et l'électricité plus ou moins forte qui s'y trouve répandue. On peut dire qu'il y a des temps qui soufflent l'éclampsie : le même jour ou à peu d'intervalle, j'ai été appelé plusieurs fois pour plusieurs cas de cette affection, et en cherchant à me rendre compte de cette simultanéité, j'ai fait à ce sujet les remarques et les interprétation suivantes. — Le temps froid, le temps de neige surtout, excite l'organisme et pour quelques-uns il surexcite, il donne un coup de fouet trop fort, et fait aller au-delà du nécessaire, du régulier. — Au dégel, d'autres enfants sont pris, surtout s'il est survenu sans transition : je pense qu'alors l'organisme était monté d'un ton plus élevé pour résister à la rigueur de la température, et qu'à son adoucissement, quand ce surcroît de forces n'est plus nécessaire, il ne sait pas descendre de ce diapason sans désharmonie, sans perturbation. — Pendant les jours humides, pluvieux, nous sommes déprimés, les rouages sont enrayés, avec cela qu'on sort peu ; d'où il résulte qu'il y a accumulation de fluide vital, qui, au beau temps, veut s'écouler à torrent, tumultueusement : l'équilibre est rompu, le ressort se détend avec trop d'élan, et les rouages détraqués courent sans ordre et sans frein. — Pendant les temps bas et chauds où le ciel est chargé de nuages, de tonnerres, on remarque la même dépression ; il se forme la même accumulation de fluide vital, et l'électricité ajoute encore au trouble imminent et en détermine quelquefois l'explosion. Et la preuve de cet état excitant du temps et de la parenté de l'éclampsie avec les états nerveux que nous avons cités, c'est que ces jours-là on remarque qu'un plus grand nombre de personnes se présentent, par exemple, pour se faire arracher des dents, que les névralgies se réveillent plus aiguës, qu'on est appelé pour des crises de nerfs, des étouffements, des coliques; qu'on croise dans les rues des gens qui se disputent, qu'on surprend des ménages en querelle, des têtes plus particulièrement montées. — La physiologie comparée nous permet d'ajouter qu'il n'est pas jusqu'aux animaux, qui soient plus folâtres ces jours-là; aux chevaux, qui soient plus gais, plus ombrageux. J'ai, dans l'échelle de la vitalité des animaux, une mesure du temps aussi sensible que dans le baromètre et le thermomètre physiques. — Pour ce qui concerne particulièrement notre éclampsie, j'ai remarqué que le temps qui activait

trop la vitalité, soit primitivement, soit consécutivement, après l'avoir retenue engourdie, est une cause de cette maladie.

Voies digestives. — Du côté des voies digestives, l'indigestion est une cause fréquente, qu'elle provienne de la trop grande quantité des aliments, de leur mauvaise qualité ou d'une mauvaise disposition de l'estomac. On a cité l'ingestion de baies de morelle, de belladone ; je rappellerai ici que j'ai publié l'observation collective de neuf filles, de la section des orphelins, de huit à douze ans, qui avaient mangé des fruits verts de datura stramonium (pomme épineuse), qu'elles appelaient de petits marrons : toutes furent prises de dilatation des pupilles, avec des convulsions terribles, alternant avec un délire gai, extraordinaire, état qui se prolongea d'une manière inquiétante pendant huit et dix heures. — Les vers intestinaux passent avec les dents dans l'esprit des matrones pour toute la cause des convulsions : ces deux conditions doivent être maintenues ; mais on fait leur part trop large, et les médecins doivent la restreindre. La constipation, la rétention du méconium, les invaginations, les inflammations, les irritations du tube digestif, provoquent l'éclampsie ou en sont accompagnées.

Sang. — Le sang mérite aussi une grande attention : l'anémie *défrène* les nerfs ; considérez toujours la pâleur, la faiblesse, le pouls des enfants, les maladies qu'ils ont faites, la manière dont ils se nourrissent depuis quelque temps. N'oublions pas que les sangsues, qui leur sont si salutaires, leur sont quelquefois mortelles, et recommandons toujours d'en bien surveiller l'écoulement. — Plus souvent le sang pèche par son abondance, sa richesse, sa composition viciée, par son cours trop rapide. Les fièvres intermittentes et autres déterminent des convulsions : Sydenham les a remarquées au début des fièvres éruptives, et les a même annoncées comme d'un bon augure. Je regrette de m'inscrire en opposition contre un de mes auteurs favoris ; mais je dois dire que j'ai noté le contraire dans presque tous les cas qui se sont présentés à ma connaissance. — Les anciens médecins insistaient beaucoup sur la rétrocession des exanthèmes : je l'ai observée quelquefois en effet ; mais j'ai surtout remarqué que ces petits enfants proprets, dont les mères sont si vaniteuses, qui n'ont jamais de boutons, de suintement, de croûtes à la tête ou à d'autres parties du corps, sont surtout exposés à l'éclampsie. Ces eczémas sont pour moi des émonctoires, des rigoles de dérivation par lesquelles s'écoulent du sang, de l'âcreté ou des humeurs, de la démangeaison, de la douleur ou du fluide nerveux. Il s'agit de savoir si c'est le trop-plein qui s'échappe par-là, ou si

c'est une source d'épuisement. — Nous mentionnerons aussi les troubles de la circulation et de la respiration, les dyspnées, la coqueluche surtout, comme donnant lieu à l'évanouissement et à la crise bleue.

Système nerveux. — Du côté du système nerveux, nous avons, pour l'éclampsie symptomatique, les altérations du cerveau, de la moelle, de leurs enveloppes et du liquide céphalo-rachidien ; pour l'éclampsie essentielle, des congestions sanguines dans les centres nerveux, dans leurs enveloppes, et l'exhalation de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; tous les excitants physiques, plaies, fractures, piqûres, brûlures, formation d'abcès, etc. — La dentition a été notée et commentée à l'infini. Nous ferons seulement remarquer, pour légitimer la part qu'on lui donne, la vive sensibilité qui se développe dans les dents pendant la carie ou dans le cours des névralgies. Si, quand elles sont cariées ou irritées, elles causent des douleurs si vives; pourquoi, lorsqu'elles sont contrariées dans leur évolution, n'occasionneraient-elles pas des perturbations dans la vie toute nutritive de l'enfant ? — Les émotions trop vives de la nourrice, colère, terreur, lascivité, ont causé quelquefois des convulsions au nourrisson. Plus grand, ces impressions directes les déterminent aussi chez l'enfant, telles qu'une gaîté trop folle, le chatouillement, le rire immodéré, une contrariété extrême, et surtout la frayeur.

Éducation. — Enfin il y a une foule de circonstances variées, dans lesquelles se manifeste l'éclampsie, et qu'on peut rapporter à l'éducation. Ainsi il se rencontre des familles qui, par habitude ou par orgueil, mènent en quelque sorte une vie féodale, retirées dans leur château, dans leur richesse, dédaignant un monde dont elles ne croient pas avoir besoin. Les enfants partagent nécessairement l'isolement des parents : dans cet état, toutes les facultés ne se développent pas, ne s'exercent pas ; il y a stagnation, formation et écoulement vicieux du fluide nerveux, d'où résultent quelquefois des éclampsies extrêmement bizarres. — Il y a des lieux où j'ai rencontré plus particulièrement notre affection : ce sont les hameaux loin des villes, loin des routes, proches des bois, des montagnes ; dans les localités sauvages où l'air est vif, les enfants forts et peu distraits. Là je suis consulté pour une éclampsie grave; des frères y ont succombé, les aînés en ont été atteints, ceux qui m'entourent sont peureux, étonnés ; ils se cachent, ils regardent en dessous, ils ont le regard fauve, l'œil enfoncé et brillant, la peau colorée ; ils annoncent une grande énergie vitale et des forces qui couvent. — Chez certains ouvriers, les mères elles-mêmes sont absentes de la maison une partie de la journée,

ou fortement occupées : elles laissent alors leurs enfants le plus qu'elles peuvent au berceau ou barrés dans une petite chaise, ou elles leur donnent l'habitude de rester tranquilles et de garder la maison. Dans cet état, la vie ne se développe pas et ne s'exerce pas régulièrement. La misère avec ses souffrances, sa gêne, son influence déprimante, agit encore dans le même sens. — Ailleurs, au contraire, l'enfant est parfaitement nourri et soigné ; il est agacé et excité sans cesse ; il devient précoce, d'un esprit hâtif : craignez ces enfants !

Quand ils ont tant d'esprit, les enfants vivent peu !

L'homme enfant doit vivre de cette triple existence : vie végétative ou de nutrition, vie animale ou de mouvement, vie intellectuelle ou d'esprit. L'harmonie résulte de la balance de ces trois grandes fonctions, le désordre de la prédominance dans l'exercice de l'une ou de l'autre. Le remède que peut apporter l'éducation, c'est de tendre à les équilibrer suivant les dispositions de chacun : activer ou modérer la nutrition, arrêter la force animale par une nourriture légère et l'exercice de l'intelligence ; retarder l'intelligence, en prévenir l'explosion par une nourriture moins excitante et un plus grand exercice physique.

§ III. — *Symptomatologie.* — Il serait difficile de présenter en bloc tous les symptômes d'une manière complète ; nous les suivrons d'abord dans les appareils des sens, dans ceux des muscles de la vie de relation et de nutrition, et dans les fonctions de l'innervation ; puis, après cette énumération, nous reconstituerons la maladie dans son ensemble.

Les yeux. — Les yeux doivent être le point de mire de l'observateur. Sur leur expression on juge de l'intensité du désordre, de la diminution ou de l'exaspération de la crise. Ils perdent ce qu'ils ont de naturel, d'intelligent, de volontaire : ils sont ouverts, et les malades n'en voient pas, et cela plus ou moins longtemps après la cessation de l'accès. Ils sont fixes, ou bien ils errent dans l'orbite sans but, sans discernement ; plus souvent ils se tournent surtout en haut en dedans avec une force, une rapidité et une opiniâtreté effrayantes. La circulation y est aussi modifiée : accélérée, le regard est brillant et animé ; ralentie, le miroir est terne et caligineux. A une certaine période, les vaisseaux de la conjonctive sclérotícale deviennent rouges et variqueux ; les mères disent alors qu'il y a du sang dans les yeux : c'est un signe très-fâcheux et qui est lié à une congestion cérébrale très-considérable. Les paupières sont elles-mêmes enluminées, ou bleuâtres et battues. — Dans ce désordre des fibres musculaires, tendineuses, nerveuses, des vaisseaux sont

rompus, la pulpe rétinienne est elle-même ébranlée et altérée. — Comme conséquence, la vue est complétement perdue (j'en ai un exemple survenu chez un enfant de 10 mois, et qui est permanent depuis deux ans), ou très-fréquemment elle est affaiblie; d'où beaucoup de strabismes, car le strabisme provient plutôt de la faiblesse d'un œil que du raccourcissement d'un muscle.

Oreilles. — Vers les oreilles, les phénomènes sont peu apparents, à part l'insensibilité momentanée aux sons, aux bruits, aux interpellations de toute espèce. Toutefois, il y a beaucoup d'enfants sourds qui sont éclamptiques, ce qui peut bien tenir chez eux à la concentration de leur caractère ; mais l'ouïe, ce sens à la pulpe nerveuse si délicate, n'est pas à l'abri des désorganisations qui surviennent dans les convulsions.

Nez. — L'organe de l'olfaction est encore plus rarement affecté ; il n'est remarquable que par l'agitation extrême des ailes du nez, l'effilement de sa pointe, le sifflement de la respiration, et à une période avancée par la pulvérulence des narines.

Face. — La face n'a plus rien de beau ni d'humain : au gracieux sourire ont succédé d'affreuses grimaces; au calme, à la sérénité, une agitation incessante. Après les yeux, c'est la bouche qui est le plus tourmentée : les lèvres sont entraînées en tous sens, les mâchoires serrées, les dents crochetées, ou bien elles grincent les unes contre les autres. La langue est quelquefois mordue, et un peu de sang colore une légère mousse qui s'écoule, quoique beaucoup plus rarement que dans l'épilepsie. Au lieu d'être fermée, la bouche peut être ouverte, et la langue incessamment propulsée en avant. Au lieu d'être ainsi poussée à l'extérieur, la langue peut elle-même être refoulée au fond du gosier : les bonnes femmes disent alors que la langue s'est retirée , et ajoutent plus de gravité à cette forme, bien qu'elle n'en ait ni plus ni moins. — Dans l'état insidieux, subéclamptique , on n'aperçoit que le plissement du front, un mâchonnement et de petites contractions brusques, principalement vers les commissures des lèvres. La coloration de la face change à chaque instant : elle passe du blanc au rouge, du rouge au bleu ; nous reviendrons sur ces différentes teintes. — Comme reliquats, on observe des déviations dans les traits et des tics spasmodiques.

Le tronc et les membres. — Dans les muscles du tronc et des membres il survient des contractions désordonnées, d'une exagération et d'une énergie surprenantes. Le corps est renversé en arrière, courbé en arc ; il ne porte quelquefois que sur les talons et l'occiput : on dirait qu'il va se rompre, ou bien c'est un renversement alternatif, mais interminable. Les bras, les jambes

sont projetés çà et là, tordus ou contracturés. — Dans l'état insidieux, les doigts sont crispés, le pouce est particulièrement maintenu dans la paume de la main, ou il y a dans les membres et le tronc des contractions toniques qui rendent seulement les parties dures et roides. Les nouveau-nés présentent particulièrement cette forme, et lorsqu'elle est générale on pourrait les enlever tout d'une pièce comme les petits *durés* (1). Si cette roideur est limitée à une partie du corps, l'éclampsie est plus difficile à reconnaître. Ne rejetez pas les appréhensions des nourrices qui viennent vous consulter pour un état semblable, lors-même que vous ne pouvez le constater au moment précis où l'enfant vous est présenté. Deux ou trois jours après, vous pourriez apprendre que le *cataire* s'est tout à fait déclaré, et que cet enfant, qui ne vous semblait pas malade, a succombé. — Comme reliquats de convulsions, on rencontre, avec une infinité de variétés, des déviations, des torticolis, des rétractions, des tremblements, des paralysies et leurs conséquences, atrophies, relâchement des articulations, impuissance des membres, etc.

Voies digestives. — Vers les voies digestives, le pharynx est pris de constrictions spasmodiques ; la déglutition est difficile ou impossible ; les enfants ne peuvent mouvoir la langue ni pour parler, ni pour boire, ni pour teter. — L'œsophage peut être soulevé alternativement dans un hoquet pénible ; le ventre est tendu, volumineux, météorisé ou plat, et appliqué contre la colonne vertébrale. En faisant des frictions avec la main, on sent des contractions profondes. L'estomac est coarcté, l'anus l'est aussi avec la plupart des sphincters, les fibres annulaires du tube digestif le sont elles-mêmes de distance en distance, et donnent ainsi naissance à des invaginations que j'ai rencontrées très-souvent dans mes autopsies, et jusqu'au nombre de six, huit, douze. Il résulte de ces resserrements que les matières amassées dans l'estomac et le rectum y sont emprisonnées, et qu'elles ne circulent pas davantage dans le trajet de l'intestin ; ou bien il survient des borborygmes, des nausées, des vomissements, et l'émission involontaire des urines et des matières fécales. — Ces perturbations abdominales qui sont manifestes dans l'éclampsie complète, et qui en sont souvent la cause, peuvent exister seules, à un degré plus léger, plus obscur ; elles peuvent se répéter un grand nombre de fois à notre insu, en prendre en quelque sorte l'habitude, entraver la circulation des matières, du sang, des sécrétions, faire dépérir le sujet, ou l'irriter au point de provo-

(1) On appelle ainsi, à l'Hospice des enfants-trouvés, les nouveau-nés affectés d'endurcissements du tissu cellulaire.

quer des convulsions évidentes. L'éclampsie abdominale est une des plus fréquentes. On ne saurait trop souvent chercher le point de départ de cette affection dans le ventre : considérez-le toujours chez les enfants avec autant de défiance que les flancs du cheval de Troye; battez bien ce marais fangeux, il recèle le monstre : c'est là l'*omnium Lerna malorum.*

Voies respiratoires.—Du côté des voies respiratoires, on observe un *plaint* douloureux à entendre, des cris, une voix discordante, des soupirs, des sanglots. La respiration est saccadée, suspendue : on dirait qu'elle se fait entendre pour la dernière fois ; puis elle revient profonde, précipitée. Il y a des spasmes, des resserrements dans le larynx, la trachée, les bronches; des suspensions dans le jeu du diaphragme et des muscles respiratoires. L'air et le sang ne traversent pas librement le poumon, et l'hématose est pervertie. Les mucosités s'accumulent souvent dans les bronches, et produisent une respiration bruyante, une suffocation, un râlement comme dans l'asthme compliqué de catarrhe.

La circulation suit les troubles de la respiration, et avec ces deux fonctions la caloricité et la coloration de la peau. — Le pouls est accéléré et développé, ou concentré. — La chaleur est générale, extrême; l'enfant est inondé de sueur comme s'il faisait de grands efforts, ou il y a un froid glacial, un enduit gluant, une haleine refroidie. — La chaleur peut aussi être inégalement répartie : la tête est brûlante, le front surtout : les membres, les joues, le nez sont froids : j'ai vu, chose très-remarquable, une moitié du corps (face, bras, jambe) froide et l'autre chaude, une froideur hémiplégique. — La coloration est rouge intense, le sang paraît se porter principalement à la tête ; ou pâle, livide, il semble se concentrer dans les cavités splanchniques. Il y a un moment terrible enfin, fréquent dans la coqueluche et la dyspnée, où l'enfant devient bleu avec un état syncopal ou d'asphyxie imminente. Cette fameuse teinte bleue, qui a été notée très-anciennement, qui est la terreur des mères, pour laquelle le médecin n'accourt jamais assez tôt, tient-elle à un spasme du cœur et des anneaux musculaires qui environnent les gros vaisseaux à leur origine, ou tient-elle à la suspension de l'aspiration diaphragmatique ? Les deux causes peuvent y concourir, mais surtout cette dernière : le sang stagne dans les cavités droites du cœur, reflue par les jugulaires, et se répand non hématosé, charbonneux, dans leurs ramifications, cyanosant la face et stupéfiant le cerveau. — Ici, de même que dans l'abdomen, ces troubles peuvent exister seuls, obscurs, insidieux. Vous avez bien des

enfants (presque tous les rachitiques) qui sont pris fréquemment de dyspnée, de suffocation au point de gêner l'hématose et de les jeter dans l'allanguissement. J'en connais qui ont succombé uniquement à ces crises, sur lesquelles bien des médecins passent trop légèrement. — Enfin, j'ai été réveillé plusieurs fois pour des enfants que l'on croyait atteints du croup : je constatais moi-même cette toux croupale, et le lendemain dans la plupart des cas, je rencontrais mes malencontreux bambins frais et dispos; c'est la toux férine que je rattache ici à l'éclampsie pulmonaire, parce que je l'ai trouvée quelquefois avec la perte de la parole et un état convulsif.

Cerveau.—Nous mentionnerons, comme plus particulièrement dépendant du cerveau, la perte de connaissance complète, ou seulement la privation momentanée de la faculté d'expression ; le délire, les cris, les paroles incohérentes. Pendant le sommeil, les rêves, le réveil en peur et les hallucinations : ainsi les enfants croient entendre des bruits extraordinaires, des interpellations ; ils croient voir des fantômes, des bêtes effrayantes ; ils appellent leur père, leur mère, leur bonne ; ils parlent de ce qui les occupe, de joujoux, de Polichinelle, de chevaux, de soldats, etc., ou ils croient être en lieux propices et ils lâchent leurs urines, leurs matières ; d'autres tettent, font des mouvements plus considérables, sautent, se lèvent tout endormis et tombent du lit. — Il existe une forme où l'on découvre simplement la perte de la parole ; du reste, toute l'apparence du calme et de la santé est conservée. Les parents font lever le médecin en toute hâte ; il arrive d'assez mauvaise humeur : le pouls est naturel, la figure empreinte de sérénité ; on serait tenté de donner le fouet à ces petits morveux, plutôt que de les plaindre : ne vous y trompez pas, le mal peut couver. Un fait de ce genre s'est passé dans notre ville : on fait lever un confrère la nuit pour un enfant de 10 ans ; il trouve le facies et le pouls naturels ; il arrache quelque oui ou non, et dit que l'enfant boude. Le lendemain matin, même taciturnité, même calme apparent ; à onze heures, explosion de convulsions tétaniques, qui durèrent quinze heures sans discontinuer, et qui amenèrent la mort au milieu de toute une assemblée médicale.— Enfin il peut arriver qu'il n'y ait que du délire, éclampsie sans convulsions : prouvons ce paradoxe par un exemple. Une fille, de 8 ans, tombe dans une anémie profonde à la suite d'une fièvre intermittente. Cette enfant, d'ailleurs précoce et gentille, ne dort plus : elle voit des serpents, des crapauds, des vaches qui la poursuivent; son père ne peut se séparer d'elle ni jour ni nuit ; elle se cramponne après lui ; au moindre bruit elle

s'effraie. Quand je lui prends son bras pour lui tâter le pouls, c'est comme si j'allais le lui couper ; même appréhension pour sortir sa langue, pour se laisser toucher l'abdomen ; quand je veux lui appliquer sur le cou mon stéthoscope pour constater le bruit de souffle, sa terreur est au comble ; anéantie, elle trouve des forces pour se dresser soudain. (Le quinquina et le fer ont fait justice de ce délire anémique.) — A quelques jours de là, je suis appelé dans les environs en consultation, avec un honorable confrère, pour une éclampsie évidente, survenue à la suite de sangsues qui avaient saigné trop abondamment (de son aveu même entre nous deux). L'enfant commença par déparler, puis la parole se perdit : il survint du strabisme, du trismus, des convulsions, une hémiplégie et la mort. — N'avons-nous pas dans ces deux observations même cause, même début, et analogie frappante entre des muscles, qui là sont prostrés, impuissants, et ici convulsés, puis paralysés ? C'est évidemment la même affection, seulement en raison de la variété des susceptibilités : chez l'un, la perturbation de l'innervation porte sur l'intelligence, chez l'autre, sur le système musculaire.

Poursuivons et maintenons le parallèle que nous avons posé avec l'hystérie : de même que beaucoup de femmes sont hystériques sans présenter la crise épileptiforme, de même beaucoup d'enfants sont éclamptiques sans être convulsionnaires. D'après cette manière de voir, nous ferons rentrer dans le cadre de l'éclampsie divers états nerveux indéterminés, sans classe, sans titre et qui se présentent journellement, tels qu'une extrême irritabilité, des caprices, des colères, des fureurs, des manies extraordinaires, de l'hébétude, de la taciturnité, du bavardage, une espèce de *delirium infantile* en rapport avec les petites connaissances de cet âge.

Quelques observations nous feront mieux comprendre : nous les donnerons en petit nombre et le plus succinctement possible.

Obs. I. — X. ***, issu de parents nerveux, est venu au monde faible et sans cheveux, a eu la gale en nourrice, et ne s'est élevé qu'à force de soins, grêle et chétif. Depuis trois ans, à intervalles de quatre à huit jours au plus, il est pris, dix, vingt et cent fois, dans les vingt-quatre heures, d'une douleur abdominale, subite électrique, qui lui arrache des cris : il se frotte le ventre avec les mains en se tordant ; puis la douleur (le clou hystérique, l'*aura hysterica*), rapide comme l'éclair, va dans la mâchoire, parcourt le nerf dentaire, ou elle se porte dans un des côtés de la poitrine ; l'enfant la suit toujours des mains en se tordant et se plaignant. Elle s'échappe, l'électricité s'est épuisée ; surviennent un soupir, de

la rougeur aux joues, des larmes dans les yeux : l'enfant se remet ; il continue de parler, de manger. Dans une minute, cinq aux plus forts accès, la crise s'est accomplie, pour recommencer coup sur coup ou un quart d'heure, une heure après.— On a consulté toutes les célébrités des environs ; on a écrit à Paris pour un état aussi pénible et insolite : ennuyé des insuccès, des moyens trop violents proposés et de la rébellion de l'enfant, on se décidait presque à attendre sa mort en patience. Attirée par ma réputation d'ancien interne d'un hospice d'enfants, la mère m'amène son fils de huit lieues, et revient toutes les semaines me faire une séance de deux heures pour que j'examine bien son petit malade, et que je ne taxe pas ses récits d'exagération. — Cet enfant a 10 ans ; il est grand, mince, presque sans cheveux ; il a la peau molle, perlée de sueur, le pouls constamment fréquent, de cent vingt à cent quarante pulsations. La langue est rugueuse, chargée à la base, rouge à la pointe ; le ventre est tendu : il y a peu d'appétit et des alternatives de dévoiement et de constipation. Du reste, cet enfant a la physionomie fine, distinguée, intelligente ; il s'exprime bien, il sent son état, il a de l'amour-propre, et il veut guérir. — Je suis jeune, je lui parais moins rébarbatif que les graves docteurs qu'il a consultés : nous devenons très-camarades, et je parviens à le soumettre à un traitement actif et prolongé, dans lequel je combine les purgatifs, les antispasmodiques, les bains sulfureux, les bains de Néris, les toniques, l'exercice physique et moral. Au bout de dix mois de traitement, après des alternatives d'espoir et de désespoir, des retards, des exaspérations, de l'atténuation dans les crises, elles sont enfin devenues plus rares, et depuis deux ans, elles n'ont pas reparu. Ce jeune homme a actuellement 14 ans, et il est devenu énorme ; autant il était grêle, autant il est puissant.

Obs. II. — Z. *** a 9 ans ; son père est hypochondriaque, sa mère névralgique : elle est venue jusqu'à six fois chez moi pour se faire arracher une dent sans s'y décider. Il va à l'École mutuelle ; il est sérieux, intelligent, studieux. En lisant, en mangeant, en parlant, tout d'un coup il devient fixe : il ne voit, il n'entend rien, il est insensible au monde extérieur ; son visage change de couleur ; debout, il chancèle : c'est l'affaire d'un quart de minute. La nuit, son sommeil est troublé, et le jour, ses crises se répètent souvent. Voilà deux ans que cet enfant est dans cet état. Ses parents ne sont pas à même de faire un traitement dispendieux et suivi, et j'appréhende qu'il ne devienne un jour épileptique.

Obs. III. — M. et Mme *** sont dans le commerce et font bien

leurs affaires. Le mari est fort, violent, bilieux au point de vomir quelquefois des flots de bile, à la suite de contrariétés. Mme *** est délicate et très-courageuse; elle est sujette à des migraines et à des névralgies faciales qui la tiennent cinq et dix nuits sans fermer l'œil; elle a passé des semaines sans se coucher en soignant ses enfants. La plus grande ambition de ces gens-là serait d'élever des enfants ; ils en ont eu cinq ; quatre sont morts, deux peu de temps après leur naissance, deux de maladies inflammatoires, compliquées de symptômes nerveux considérables. — Celui qui survit a 30 mois, il a cumulé déjà la rougeole, une pneumonie, des irritations abdominales, et une gastro-entérite qui l'a mis littéralement aux portes du tombeau. — Il est gentil, caressant par moments, précoce, plein de connaissance, ou méchant, colère comme un petit démon. Dans ses maladies, il est accablé ou agité; en sommeillant, il grimace, il grince des dents, il éprouve des secousses électriformes; éveillé, il est pris de colère folle, quand on l'approche et qu'on ne lui convient pas, il crie et répète va-t-en, va-t-en, d'un accent terrible. Il bat, il mord, il déchire sa mère, il se couche sur le parquet : on frémit devant ses colères enfantines, auxquelles, avec toute la sévérité raisonnable, on n'a rien à opposer ; on a peur même de ne l'avoir pas satisfait assez vite. — Ce malheureux enfant vient aussi de succomber, après six jours de maladie avec délire, agitation, alternative d'exaltation et d'affaissement. — J'ai fait l'autopsie, sur la demande de la famille. Nous avons constaté, avec un confrère, une forte congestion cérébrale dans la pie-mère et dans la substance même. Les poumons étaient maintenus par de fortes adhérences, et les ganglions du mésentère étaient un peu engorgés, la vésicule biliaire très-volumineuse.

Obs. IV. — M. et Mme *** forment un des jolis ménages de notre ville. Mme *** est fraîche, bien faite, vaporeuse (hystérique). Le mari, qui est un méridional (de Toulouse même), est un homme très-intelligent, brun de cheveux, jaune de peau, sec de constitution, d'une bonne santé, à part des étouffements qui l'obligent de se lever les nuits. Ces gens ont eu quatre enfants ; trois sont morts : j'ai fait l'autopsie d'un, sur la demande du père. Tous quatre semblaient jetés dans le même moule, tous quatre rachitiques. Celui, dont je rapporte principalement l'observation, avait deux ans ; il était très-fréquemment pris d'étouffements, de ballonnement du ventre ; il tombait dans une anxiété extrême : devenait froid, bleuâtre ; faisait entendre un *plaint* étouffé et paraissait prêt à succomber. Les troubles portaient presque exclusivement sur le ventre et sur la poitrine, et paraissaient tout

nerveux. Pendant huit mois, je droguai ce pauvre enfant assez fortement (j'étais à mon début), et je le relevai à plusieurs reprises. Ennuyé cependant d'une polypharmacie incessante, je me relâchai de ce que je regardais comme une prodigalité, et une nuit il succomba dans un accès d'étouffement, avec quelques convulsions. — A l'autopsie, je ne trouvai rien qui pût expliquer la mort, et j'ai ouvert des centaines de cadavres sous la direction de mon excellent chef de service, M. Baron.—Cet enfant était mort par suspension de l'innervation, et je regrettai, je l'avoue, mon musc, mon castoréum, mon camphre, mes teintures antispasmodiques et tout l'attirail de ma pharmacie, à l'aide de laquelle j'avais entretenu chez lui un souffle de vie toujours prêt à s'éteindre.

Ces quelques observations, que nous pourrions multiplier et développer considérablement, nous montrent suffisamment les transformations de l'éclampsie : d'abord nous avons des convulsions avec une douleur viscérale, des cris, des troubles nerveux extraordinaires ; dans la seconde observation, une simple fixité, une suspension momentanée de la vie de relation ; dans la troisième, c'est une pétulance, une exagération dans le cours de la vie ; enfin, dans la quatrième, la métamorphose est complète ; tout se passe à l'intérieur : ce sont des spasmes des bronches, du diaphragme, des muscles abdominaux et des intestins. Et tous ces symptômes variés découlent d'une même source, ont une même parenté : les frères ont eu des convulsions ; ils ont des pieds-bots ; ils sont sourds et muets, etc. Les pères sont des hommes nerveux, hypochondriaques ; les mères sont plus ou moins hystériques.

Tous les symptômes épars que nous avons énumérés se groupent, se réunissent dans différentes combinaisons, et constituent l'éclampsie, 1° universelle, dans laquelle tous les muscles de la vie de relation, de nutrition, sont couvulsés et l'intelligence suspendue ; 2° partielle, dans laquelle une moitié du corps, un membre, la face, une région limitée, sont seulement affectés ; 3° externe, dans laquelle les muscles de la vie de relation semblent seuls mis en jeu ; 4° interne, quand ce sont principalement ceux de la vie de nutrition ; 5° cérébrale, lorsque le désordre porte particulièrement sur l'intelligence.

§ IV. — *Marche ; prodromes, attaque, durée, retours, terminaisons et transformations.* — L'éclampsie commence *ab ovo*, dans l'œuf même. Je suis d'autant plus porté à soutenir cette opinion, qu'une des causes capitales, pour moi, est l'origine. Si on nous accorde que le principe de la vie peut être vicieux, pourquoi, dès

qu'elle entre en action, ne se développerait-t-il pas des perturbations ? Si on admet que le fœtus est sujet à des maladies dans le sein de sa mère, pourquoi par hasard serait-il exempt de l'éclampsie, la maladie de l'enfance par excellence, qui le saisit immédiatement en naissant ? Delpech, Béclard, Bouvier (de l'Académie de médecine de Paris), ne sont pas éloignés d'attribuer à cette cause le pied-bot, les déviations de la main, et l'on sait que c'est une doctrine professée et considérablement étendue par les ténotomistes. Je crois, en effet, que beaucoup d'affections congénitales proviennent de cette source ; et par exemple, je suis tenté quelquefois de regarder le mutisme comme un reliquat de convulsions intra-utérines, parce que les muets que j'ai observés doivent le jour à des parents très-nerveux, que les frères sont éclamptiques, qu'ils le sont eux-mêmes, parce que dans les convulsions il y a surdité et perte de la parole, états qui peuvent passer du momentané au permanent. — A peine sorti du sein de la mère, l'enfant est souvent pris de convulsions : il se roidit, il ne sait pas crier ; la respiration ne peut parvenir à s'établir ; la circulation s'embarrasse, et ainsi succombent beaucoup de nouveau-nés. — Pendant l'allaitement, le nourrisson est très-sujet aux convulsions, fréquemment aux époques de la dentition, souvent de 3 à 4 ans ; déjà de 5 à 10 ans, on observe une diminution notable de fréquence.

L'éclampsie éclate subitement au milieu des apparences de la plus belle santé, dans le cours d'une maladie, ou après un prodrome manifeste. Ce prodrome consiste dans un état maladif, ou, chose paradoxale, dans un trop grand état de santé. Ainsi j'ai vu des enfants, doués du reste de la constitution éclamptique sur laquelle j'ai tant insisté, qui se portaient à ravir, j'en avais moi-même fait compliment aux parents ; la nuit on venait me chercher pour une éclampsie soudaine, ou il se déclarait une maladie qui en était compliquée. Tout bonheur couvre un malheur ; défions-nous de même de la santé trop florissante, elle ne rêvet souvent la fraîcheur de la fleur que pour en prendre aussi l'éphéméréité.

La constipation, les alternatives de dévoiement, sont des signes avant-coureurs d'indisposition chez les enfants : la fétidité des vents, des matières, l'odeur plus prononcée des urines, méritent aussi d'être notées. — Le prodrome le mieux caractérisé est celui où l'enfant est pris d'une fièvre de vingt-quatre à quarante-huit heures avec accablement, rêvasserie, agitation, mâchonnement, soubresauts des tendons, réveils en sursaut, changement de visage et de caractère. Je connais des mères qui,

à force de soins, sont parvenues à maintenir les choses à ce point tout à fait comparable à ces temps orageux, sans explosion de l'orage. L'éclampsie est essentiellement une maladie orageuse, et elle partage toute l'incertitude des orages : elle se laisse quelquefois deviner; plus souvent elle nous surprend. — Une fois déchaînée, elle peut encore nous abuser : ce n'est qu'une ramée, qu'une bourrasque; en quatre ou cinq minutes tout est fini, avant qu'on ait eu le temps de nous trouver et de nous amener. Mais nous voilà face à face avec une attaque formidable : les yeux sont détachés de cette terre; ils n'y distinguent plus rien; ils tournent dans l'orbite sans but et sans fin : le regard est brillant, la face vultueuse et bouleversée, le nez pointu, les narines agitées, la respiration sifflante; dans la gorge, dans la poitrine, on entend des cris, des efforts, des soupirs, des sanglots; il y a resserrement des mâchoires, grincement des dents, impossibilité de glisser quelques gouttes de boisson, ou elles causent des accidents de déglutition qui vont jusqu'à la suffocation; les mains sont crispées, les membres roides, tordus, lancés çà et là, le corps incessamment soulevé et renversé en arrière; et cette scène prend un caractère durable; elle relâche quelques secondes et recommence aussitôt. La fatigue se manifeste, les forces s'épuisent, les orbites se creusent, la conjonctive scléroticale rougit, la face se décompose, le mouvement se ralentit, le pouls se perd, la chaleur diminue et l'enfant s'éteint. — La crise peut aller moins grand train; elle se suspend deux ou trois heures, et recommence; il peut se faire aussi qu'il y ait une succession d'accès moins intenses et plus éloignés pendant huit, dix et vingt jours. La fièvre est généralement dite alors cérébrale : sans répudier cette dénomination, j'aimerais presque autant dire fièvre éclamptique, car ce n'est souvent que la persistance ou la répétition de l'éclampsie.

L'éclampsie peut durer, à l'état de crise presque aussi forte que nous l'avons décrite, six, dix et vingt-quatre heures. Nous avons été réunis, l'année dernière, plusieurs médecins auprès de la fille d'un notaire; la crise commença à six heures du soir, et ne finit qu'à huit heures du matin, avec la vie de l'enfant, et presque sans avoir discontinué. Trois fois on est venu me chercher de quatre lieues pour un enfant de 8 ans, qui a été vu aussi par un grand nombre de mes confrères : les convulsions le prenaient et paraissaient vouloir persister; le père montait à cheval, venait à la ville, nous déjeûnions, nous faisions notre voyage; je retrouvais l'enfant en convulsions; je restais deux heures, et elles n'avaient pas cessé. Pendant trois ans, cet enfant a ainsi été

affecté. Les étés il allait bien, il se remettait, et à dater du mois d'octobre ou de novembre, il était presque toujours malade, avec des crises de cette force. Cet enfant était plein d'esprit; docile à tous les remèdes; on en employa de toute espèce, mais en vain : il tomba dans la paralysie et succomba.

Cette observation nous conduit à la question des retours. Ces retours ont lieu, nous ne dirons pas le même jour, c'est ordinairement alors une même attaque, mais dans la même semaine, plusieurs fois par mois, ou tous les deux ou trois mois, ou tous les ans à la même saison. L'hiver et la nuit semblent surtout les temps de prédilection de l'éclampsie : la nuit, parce que c'est le moment de recrudescence des maladies, et particulièrement les longues nuits d'hiver, parce que le froid active la circulation et la nutrition, et qu'il concentre la vie davantage; pendant les jours courts et de mauvais temps, les enfants sortent moins, ils jouent moins longtemps, ils sont moins distraits, moins exercés; ils n'écoulent pas assez de fluide nerveux, qui reste alors renfermé comme une force superflue et perturbatrice.

Les retours de l'éclampsie en constituent le caractère vraiment inquiétant, et nous font songer à sa terminaison, qui peut se faire quelquefois sans doute par l'épilepsie, si les parents sont épileptiques, ou dans l'impossibilité de livrer leur enfant à toute la puissance de la médecine et d'une éducation bien dirigée; mais bien plus souvent elle a lieu par la guérison : souvent aussi par la mort ou par quelqu'une de ces infirmités que nous avons désignées sous le nom de reliquats. Enfin avec les progrès de l'âge elle semble disparaître, ou plutôt elle se transforme comme nous allons le voir.

Par ses effets, par analogie nous l'admettons pendant la vie intra-utérine; elle est fréquente pendant l'allaitement, fréquente jusqu'à 4 ou 5 ans : dès-lors, avons-nous dit, elle diminue. Que s'est-il donc passé, et que survient-il de nouveau? A l'état d'œuf et graduellement, soit jusqu'à 5 ans, la vie était assez limitée : elle se passait presque toute en dedans à fabriquer, à monter, à essayer les rouages de la machine humaine. A cet âge, au contraire, elle devient très-manifeste et s'épanche parfaitement à l'extérieur : sans cesser de manger beaucoup et de profiter, l'enfant se donne du mouvement, et son intelligence est bien éveillée. Voyez cette pétulance, cette activité, ces sensations multipliées; considérez ces courses, ces luttes, ces efforts, ces cris, ces pleurs, ces jeux et ce travail de l'intelligence, et ces notions nouvelles que lui apportent ses sens de toutes parts, qu'il a

besoin de répéter si longtemps pour s'en rendre compte. — Quelle consommation de fluide nerveux dans tous ces actes ! La vie a son cours et un cours rapide, tel qu'elle ne l'aura plus à un autre âge.

Nous allons et nous arrivons à la puberté. La petite fille, qui était un lutin fieffé à l'égal de son camarade, dont elle va se séparer à jamais, devient plus posée, plus circonspecte ; la vie se concentre ; mais une porte va s'ouvrir, par laquelle le sang périodiquement rafraîchi modérera cette nouvelle existence. Et que de peines pour l'établissement de cette menstruation ; combien de pauvrettes tomberont dans la chlorose, combien auront l'innervation viscérale troublée, ce qui correspondra à notre éclampsie interne ; combien auront le caractère bizarre, changé de fond en comble, ce qui rappellera notre forme cérébrale ; combien auront des crises hystériques, ce qui pour tous sera l'analogue de l'éclampsie franchement convulsive !

De son côté, notre garçon grandit ; il s'adonne à des travaux physiques, à des études sérieuses qui absorbent et qui occupent sa vitalité ; d'autre part il se prépare généralement à la virilité par la masturbation, tressaillement universel dans lequel se dégage une forte charge de fluide nerveux, soupape par laquelle s'échappe le trop-plein s'il en use modérément ; et s'il en abuse, fuite par laquelle se perdent l'esprit, la force, la fraîcheur, toute l'aimable juvénilité. — Cependant nous atteignons l'âge de 17 à 25 ans, que devient notre petit homme plus ou moins précoce ? De sans soucis, nous le trouvons soucieux ; de folâtre, extravagant et lancé dans toute espèce d'excès : si c'est un garçon sage et tranquille, son activité rentre en lui-même ; il se préoccupe de soi, il éprouve des malaises, il croit avoir toutes les maladies dont il entend parler : fait-il une incartarde, attrape-t-il une galanterie, c'est un syphiliophobe inconsolable ; ou il se croit poitrinaire, il parle de mort, il tombe dans la mélancolie, comme sa compagne est tombée dans les pâles couleurs.

Mais nous voilà à peu près des hommes formés : jetons un regard en arrière ; voyons d'où nous sommes partis et où nous sommes arrivés. Nous étions nés éclamptiques, nous voici hystériques et hypochondriaques ! N'avions-nous pas raison de dire que ces trois maladies constituent un triangle, un cercle qui se reproduit ?

L'éclampsie était une maladie vague, nous en avons fait une maladie précise. Je ne sache pas, dans la littérature médicale, qu'il ait été établi un rapprochement aussi intime entre ces trois affections, qu'on ait assigné à l'éclampsie un domaine aussi

vaste, qu'on ait fait rentrer dans ses dépendances tant de perversions nerveuses voisines et indéfinies. Je prends date de cette manière nouvelle de considérer l'éclampsie, et j'en appelle à l'attention de tous mes honorables confrères de la Société de médecine de Toulouse, devant lesquels j'expose mes opinions pour la première fois. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

10. *Mémoire sur deux cas nouveaux de sclérème* (chorionitis, sclérodermie, *etc.*) *observés dans la seconde enfance et dans l'âge adulte;* par le docteur Rilliet, médecin de l'hôpital de Genève.

(Revue médico-chirurgicale, février 1848.)

Depuis quelque temps l'attention de nos lecteurs a été attirée sur une maladie fort singulière, qui comptera bientôt autant de noms que la science possède d'observations au service de ceux qui veulent écrire son histoire. C'est l'*endurcissement du tissu cellulaire chez les adultes* du docteur Strambio ; — le *sclérème* de M. Thirial ; — le *chorionitis* ou *la scléroslénose* de M. Forget ;— la *sclérodermie* de M. Gintrac. Je n'ai point la prétention d'accroître cette riche nomenclature, et encore moins, comme le savant professeur de Strasbourg, celle de publier un traité *ex professo* qui embrasse, dans autant de chapitres, sa définition, son siége, ses caractères anatomiques, ses symptômes, sa marche, sa durée, sa terminaison, son étiologie, sa nature, son traitement et sa classification. Mon rôle est plus modeste : je laisse, comme le disait Stoll, à celui qui veut construire l'édifice, le soin de s'occuper d'un ordre et d'une distribution ; quant à moi qui ne suis qu'au service de l'architecte, je crois avoir rempli ma tâche si j'ai placé çà et là quelques matériaux dont il puisse faire usage.

Quoique la date de l'introduction de cette nouvelle espèce dans le cadre nosologique soit récente, quelques-uns des auteurs, dont nous avons cité les noms, ont élevé des prétentions sur la priorité de la découverte. D'après M. Gintrac, l'honneur n'en reviendrait ni à M. Thirial, ni à M. Forget, mais bien au docteur Curzio, médecin de l'hôpital des Incurables à Naples, qui, en 1752, a publié la première observation détaillée sur cette curieuse maladie. Ce fait, dont j'ai lu avec soin les détails, offre la plus grande analogie avec ceux rapportés par M. Thirial ; tandis qu'une observation du docteur Strambio, de Milan, publiée en 1817, et dont j'ai trouvé la relation dans les *Annales cliniques de Montpellier*, ressemblerait plus à celle de M. Forget. — Du temps d'Underwood, 1736, on connaissait déjà le sclérème des adultes ; car ce médecin, après avoir décrit brièvement l'endurcissement

des nouveaux-nés, ajoute : « Les anciens ont décrit une affection assez analogue sous le nom de *stegnose* ou de *resserrement de la peau*, mais il paraît qu'ils n'ont considéré cette maladie que dans les adultes, et souvent comme un effet du froid » (1re édit., p. 117).

Aux observations détaillées parvenues à ma connaissance, je puis en joindre deux que j'ai recueillies à Genève. La première a de grands rapports avec celles de Curzio et de M. Thirial; mais j'aurai à signaler des particularités qui n'ont été mentionnées dans aucun des faits publiés jusqu'à ce jour (1).

Obs. I. — Un de mes confrères, le docteur Pelissier, me pria d'examiner avec lui un enfant, dont la maladie offrait des caractères tout à fait bizarres. Il avait été appelé, le 7 juillet 1846, auprès d'une jeune fille de neuf ans, qui s'était plainte subitement d'une violente douleur à l'épigastre, accompagnée de palpitations très-intenses. Le pouls passait 180. Elle n'avait pas vomi. En palpant le ventre, M. Pelissier fut fort étonné de constater que toute la région épigastrique était dure, rénitente, mate, formant comme une plaque solide enchâssée dans les parois molles de l'abdomen. Le lendemain, cette induration avait envahi toutes les parties du corps. Son siége était évidemment la peau et le tissu cellulaire, et non les muscles ou les articulations, car l'enfant exécutait librement tous ses mouvements. En même temps, la peau avait pâli, sa température s'était manifestement abaissée, en sorte que, si la sensibilité n'eût pas été conservée, le corps de cette enfant aurait ressemblé à celui d'un cadavre congelé. La langue participait aussi à cet état d'induration. Elle était notablement épaissie. Sauf l'accélération du pouls qui était considérable et qui s'est maintenue au même degré pendant huit jours, il n'y avait pas de dérangement fonctionnel. Les urines en particulier ne contenaient pas d'albumine.

M. Pelissier ajouta que l'induration avait persisté générale pendant huit à dix jours, puis diminué partiellement, et qu'en même temps il avait constaté une légère ascite. La diminution du sclérème avait commencé par les jambes, qui étaient les moins prises. Il n'y avait pas eu de transpiration, sauf un peu de moiteur visqueuse à la face.

Le 23 juillet, lorsque j'examinai la malade, je la trouvai dans l'état suivant : — La figure est un peu bouffie, sans enflure des

(1) Je rappellerai ici qu'en 1843 nous avons, M. Barthez et moi, rapporté deux exemples d'endurcissement du tissu cellulaire chez des enfants qui avaient passé l'âge de la première dentition. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. Ier, p. 739.

paupières ; les lèvres sont peu mobiles ; les membres ont perdu leur roideur ; l'abdomen est bombé dans la région épigastrique, cette saillie est très-appréciable à l'œil : l'induration est encore manifeste en différents points du corps, en particulier au menton, à la nuque, au niveau des grands pectoraux, aux avant-bras; à l'abdomen elle correspond à la saillie extérieure, et s'étend d'un hypochondre à l'autre avec un bord festonné qui passe au-dessus de l'ombilic.

Partout cette induration offre les mêmes caractères, c'est-à-dire, que la peau est tendue sans qu'il soit possible de faire un pli à sa surface. Le doigt ne laisse aucune impression comme dans l'œdème, la consistance des téguments et de leur doublure me rappelle tout à fait celle que j'ai si souvent perçue en palpant les membres du cadavre d'un enfant, oublié en hiver sur la table de l'amphithéâtre de la rue de Sèvres; seulement la peau avait repris sa température, tandis que, pendant les huit premiers jours, elle était complétement froide. La différence entre les parties indurées, et celles qui ne le sont pas, est surtout très-sensible à l'abdomen, où l'on constate à côté du tissu dur des parois souples. La langue continue à être volumineuse, elle est très-dure, couverte d'un enduit assez épais, et un peu rouge à la pointe. L'enfant ne peut lui faire dépasser les arcades dentaires.

On sent dans la moitié inférieure du ventre une fluctuation obscure. Dans la poitrine, en arrière à droite, je constate les signes d'un épanchement pleurétique qui remonte jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. En ces points la respiration est faible, il y a de l'égophonie et de la matité. — Le péricarde est aussi le siége d'un épanchement. Les battements du cœur sont tumultueux, mais sans bruit anormal, et bien qu'ils ne soient pas très-éloignés de l'oreille, on n'entend pas la respiration à la région précordiale, dont la matité est augmentée. Le pouls est petit, un peu inégal, 108 à 112. La respiration n'est point accélérée. Il n'y a pas de toux ni de douleur thoracique. L'appétit est peu prononcé, mais la déglutition est facile. Les évacuations sont régulières. Les forces sont médiocres, cependant la petite malade commence à se lever. Elle peut même faire quelques pas, ses mouvements sont et ont toujours été entièrement libres.

Le 1er août. L'amélioration continue, cependant l'induration est encore notable à la nuque et aux pectoraux ; la plaque épigastrique persiste, la peau des avant-bras est toujours tendue, mais on peut faire un pli. L'épanchement a presque entièrement disparu; je ne trouve plus d'ascite. La langue est encore dure. L'enfant se lève et marche, mais elle n'est pas encore sortie.

Le 5 septembre. L'amélioration a été progressivement en augmentant. La plaque épigastrique a disparu, mais aux bras, aux pectoraux, aux pommettes, et surtout à la nuque, l'induration est encore assez marquée, quoique moindre que précédemment. L'ascite a reparu.

L'épanchement existe aussi, mais peu prononcé dans le tiers inférieur du côté droit. La jeune malade ne dort pas très-bien, elle a surtout beaucoup de palpitations ; il y a une forte impulsion à la région du cœur. Les deux bruits sont assez intenses, sans souffle. La matité est assez étendue.

Depuis le 5 septembre, la convalescence a continué à faire des progrès. Au milieu d'octobre, l'enfant est partie pour la campagne, d'où elle n'est revenue qu'au mois de mai 1847. Ses parents m'ont appris que l'induration n'avait complétement disparu qu'au mois de décembre. Lorsque je l'ai revue le 15 juin 1847, elle était parfaitement bien portante, toute trace d'épanchement et d'induration avait disparu.

Cette observation offre, comme je l'ai dit plus haut, une grande analogie avec les faits rapportés par Curzio et M. Thirial ; nous nous sommes presque servi des mêmes termes et des mêmes comparaisons ; cependant elle en diffère à plusieurs égards :

1° *Par les symptômes qui ont marqué le début.* — La violente douleur à l'épigastre coïncidant avec l'induration de cette région, et accompagnée de palpitations intenses, n'a été notée par aucun auteur. L'abaissement de la température du corps, à une époque aussi rapprochée du début, et la persistance du froid pendant plusieurs jours, sont aussi des faits exceptionnels ; cependant le refroidissement de la peau a été mentionné dans l'observation de M. Curzio. Chez la jeune fille de 17 ans qui en est le sujet, il est dit : « La peau était moins chaude que dans l'état naturel ; » mais il n'est pas fait mention de l'époque d'apparition de ce symptôme et de sa durée.

2° *De la rapidité de la marche.* — Dans tous les faits connus jusqu'ici, la maladie a cheminé avec une certaine et souvent avec une grande lenteur, tandis que, chez cette jeune fille, elle a suivi dans sa première phase une marche aiguë. En quarante-huit heures, l'induration avait envahi la presque totalité du corps, et au bout de huit jours, elle avait déjà diminué en plusieurs points. Plus tard, la marche de la maladie a été beaucoup plus lente, sa durée totale peut être estimée à cinq mois environ.

3° *Par la nature des complications.* Nulle part il n'est fait mention d'épanchements dans les membranes séreuses ; les auteurs ont fait observer, au contraire, que cette affection ne gênait en

rien le jeu des principales fonctions. Chez ma malade, il s'est fait une effusion de sérosité dans l'abdomen, la poitrine et le péricarde; le premier de ces épanchements a coïncidé avec la diminution de l'induration cutanée.

Désireux de remonter aux causes du sclérème, j'ai étudié avec soin les antécédents de ma jeune malade. Ses parents m'ont appris que, depuis le mois d'avril 1846, elle avait perdu l'appétit et maigri; ses digestions s'étaient dérangées, son caractère avait changé, elle était devenue triste et capricieuse, de gaie et docile qu'elle était auparavant. — Un mois environ avant le début de sa maladie, elle avait eu pendant deux ou trois jours un violent mal de gorge accompagné de fièvre. A cette époque, elle ne fut pas examinée par un médecin, mais les personnes qui l'entouraient ne s'aperçurent d'aucune éruption, et elle n'eut pas de desquamation ultérieure. Cinq jours avant le début, on avait frotté son visage avec du suc d'euphorbe pour faire disparaître des taches de rousseur; il en était résulté une rougeur assez vive, mais passagère. A peu près à la même époque, elle s'était plainte d'un peu de roideur dans le cou, mais ce symptôme avait à peine attiré l'attention, tant il était léger, lorsque la maladie éclata telle que je l'ai décrite.

Il ne ressort de cet examen autre chose que le fait d'un état maladif mal caractérisé antérieur au début. J'avais d'abord pensé que le mal de gorge était peut-être le symptôme d'une scarlatine sans éruption, mais son peu de durée et l'absence de desquamation consécutive m'ont fait repousser cette idée. Je n'ai pas trouvé non plus dans la saison, la santé, les habitudes hygiéniques antérieures et l'hérédité, de cause qui pût rendre compte de la maladie. Cette jeune fille appartient à une famille de marchands aisés, elle a toujours été bien nourrie et bien vêtue; son habitation, soit à la ville soit à la campagne, est convenablement sèche. Elle est née forte et s'est régulièrement développée. Sa mère l'a nourrie jusqu'à onze mois. La seule maladie de l'enfance, dont elle ait été atteinte, est la rougeole qu'elle a contractée à l'âge de deux ans, et qui fut suivie d'une inflammation des parties génitales. Elle ne présente aucun des attributs de la constitution scrofuleuse, et n'a jamais eu ni éruption cutanée chronique, ni abcès, ni glandes engorgées. Ses deux frères sont bien portants, sa mère est robuste; son père, qui tousse depuis plus de quatre ans, est assez fortement enroué,

L'influence du traitement ne m'a pas paru plus claire que l'étiologie.

La médication a consisté: au début, le 7 juillet, dans une

application de sangsues, et dans l'administration de 60 centigr. de calomel. Du 8 au 23, dans l'emploi des préparations diurétiques (nitrate de potasse 1 gramme, et digitale 10 centigr.) et sudorifiques, (poudres de James et de Dower, de chacune 30 centigr., esprit de Mindererus 16 grammes.)

Le 9 juillet on a appliqué un vésicatoire à la nuque. — Du 23 au 27 juillet, on a fait des frictions mercurielles et digitalées. — Du 29 au 1er août, on est revenu aux diurétiques (chlorate de potasse, 1 gramme et demi par jour, qui a provoqué des urines abondantes et claires). — Du 1er août au 5 septembre, on a continué le chlorate de potasse et commencé des bains alcalins, composés avec 90 grammes de carbonate de potasse. — Depuis lors, la jeune malade a pris la teinture d'aconit et de digitale à la dose de 12 gouttes par jour. Enfin, quand elle est partie pour la campagne, on l'a mise à l'usage de l'huile de foie de morue.

Il est bien difficile de conclure quel a été celui des agents thérapeutiques qui a le plus contribué à la guérison, et même de dire si aucun d'eux a eu une grande part dans l'heureuse terminaison de la maladie. L'émission sanguine et le calomel ont assez rapidement enlevé la douleur; quant aux sudorifiques, ils n'ont pas produit le résultat pour lequel ils étaient administrés ; car les sueurs ont été presque nulles. Les diurétiques, et en particulier le chlorate de potasse, ont rendu les urines plus claires, sans empêcher cependant l'ascite de reparaître.

Ce qui nous fait douter de l'influence de la médication, c'est que la durée de la maladie a été à peu près la même que celle mentionnée par Curzio et le docteur Thirial, bien que les méthodes de traitement aient été fort différentes.

L'issue du sclérème a été favorable chez notre malade ; il en a été de même dans tous les faits rapportés par les auteurs : aussi ses caractères anatomiques dans l'âge adulte ne nous ont-ils été indiqués par aucun d'eux, ce qui n'a pas empêché de faire beaucoup d'hypothèses sur son siége et sa nature. Si je m'en rapportais à mes seules sensations, je serais disposé à admettre que, chez ma malade, l'induration siégeait à la fois dans le pannicule graisseux et dans l'enveloppe cutanée. En palpant les parties indurées, le toucher démontrait, plus clairement que les mots ne peuvent l'exprimer, que la dureté était autant sous-jacente à la peau, qu'elle n'était inhérente à ce tissu.

Je serais donc porté à croire que la lésion consiste dans une induration du derme et du pannicule graisseux, cette dernière résultant, soit de la coagulation de la graisse qui se serait rapidement figée, comme cela arrive dans la maladie des nouveau-

nés décrite sous le nom d'endurcissement du tissu adipeux, soit peut-être d'un état de congestion de ce tissu avec épaississement des cloisons qui séparent les lobules. Cette dernière hypothèse trouve un appui dans l'observation que nous avons publiée, M. Barthez et moi, d'un enfant de deux ans qui offrait les symptômes d'un endurcissement du tissu cellulaire. Nous notâmes dans ces cas les caractères anatomiques suivants : « Le tissu cellulaire de l'avant-bras, épais dans plusieurs endroits de huit millimètres, est dur et résistant au scalpel ; il est formé de lobules graisseux parfaitement distincts et séparés les uns des autres par des cloisons fibreuses et épaisses dans quelques points, plus minces dans d'autres. Le tissu graisseux lui-même est rouge et résistant, et laisse couler à la coupe quelques gouttelettes de sérosité. Aux jambes la dureté est un peu moindre et le tissu plus pâle; il a du reste le même aspect; aux cuisses, où l'on avait observé une légère diminution sur la fin de la vie, on retrouve le même tissu, mais encore plus pâle et moins épais. »

La maladie des nouveau-nés, décrite par Billard et par M. Valleix sous le nom d'endurcissement adipeux, paraît aussi, sous le rapport des signes physiques, offrir une assez grande analogie avec celui de ma jeune fille. « Dans les cas de cette espèce, dit M. Valleix (1), la peau est blanche ou jaunâtre, elle n'est pas mobile sur la couche sous-jacente ; on ne peut pas la pincer facilement ; à l'incision, le derme est consistant, le pannicule graisseux très-dense, sa couleur est d'un blanc mat, il n'en sort aucun suc. » — D'après Billard : « le tissu adipeux, dans les cas de cette espèce, est ferme, dur comme du suif nouvellement figé. Il offre, en un mot, la consistance de la graisse des animaux immolés dans nos boucheries (2). » Cette comparaison est, de toutes les autres, celle qui peut le mieux rendre la sensation que j'ai éprouvée en appuyant fortement la pulpe du doigt sur la région pectorale de ma jeune malade.

Billard et Valleix regardent cet endurcissement adipeux comme un phénomène de l'agonie, quelquefois même comme postérieur à la mort ; ils en font une maladie complétement distincte de celle décrite sous le nom de sclérème des nouveau-nés, qui, d'après eux, est un véritable œdéme. Cette dernière opinion me paraît la plus probable, et les détails anatomiques et symptomatiques dans lesquels est entré l'auteur de la Clinique des maladies des enfants nouveau-nés, dont chacun connaît le talent d'observation et la rigoureuse exactitude, ont plus de valeur à

(1) *Clinique des maladies des enfants*, p. 644.
(2) Billard, *Traité des maladies des enfants*, p. 181.

mes yeux que l'argumentation de M. Thirial. Mais ce point une fois accordé, Billard et M. Valleix me paraissent trop exclusifs en affirmant que, dans aucun cas, l'endurcissement adipeux ne peut être la lésion anatomique d'une maladie régulière et bien déterminée.

Une dernière remarque avant de terminer. Chez les sujets des observations de Curzio et Thirial, et chez ma jeune fille, la peau n'a été le siége d'aucune éruption, et, sauf la pâleur, sa coloration était normale. Il en est de même dans l'endurcissement adipeux des nouveau-nés. Les docteurs Strambio, Fantonnetti, Forget et Putégnat ont noté, au contraire, chez tous leurs malades, une coloration variable de l'enveloppe tégumentaire qui était rouge, brune, ou rouge-brun, ce qui la faisait ressembler à ce que serait la peau dans une scarlatine ou dans un érythème chronique (Strambio, Grisolles), ou bien à de la vieille basane (Putégnat) ou bien encore à la peau tannée et comme momifiée des têtes desséchées que les voyageurs rapportent des pays méridionaux (Forget). Cette différence dans la teinte des téguments établit-elle une différence fondamentale dans la maladie des sujets des deux groupes? Nous ne le pensons pas; car, sauf la coloration, la plupart des autres caractères pathologiques sont les mêmes.

L'ancienneté de la maladie et l'âge des sujets peuvent peut-être rendre un compte satisfaisant de cette variété symptomatique. En effet, en comparant les deux séries sous le rapport de l'âge, on peut s'assurer que les chiffres sont très-différents; ainsi les malades de la première série sont âgés de 9, 15, 17, 21 ans, et ceux de la seconde de 30, 33, 48, 50, 65 ans.

Cette observation était rédigée lorsque j'ai eu occasion de voir un second sujet atteint de sclérème; il n'est pas sans intérêt de comparer ce fait au précédent. La maladie étant encore dans sa période d'augment, cette nouvelle observation est nécessairement inachevée; j'espère pouvoir la compléter plus tard.

Obs. II.—La nommée X., âgée de 28 ans, est entrée à l'hôpital pour y être traitée d'une maladie de la peau qui dure depuis environ neuf mois. Cette affection a été précédée pendant cinq mois par du malaise, de la lassitude et de l'anorexie, sans autre dérangement apparent des fonctions. Le premier symptôme de sclérème a été une douleur crampoïde occupant le bord cubital de l'avant-bras droit; peu après, il est survenu de la roideur et de la gêne dans les mouvements. La malade n'a pas pu se livrer, comme d'habitude, à ses occupations de couture: après une demi-heure, elle était obligée de s'arrêter, la sensation cram-

poïde augmentant d'intensité. Au bout de deux mois, les mouvements de l'avant-bras sont devenus pénibles, il ne lui a plus été possible de se coiffer elle-même. C'est seulement alors, qu'ayant eu la curiosité d'examiner sa peau, elle la trouva un peu dure et parsemée de taches blanches et rouges.

A partir de cette époque, la difficulté des mouvements a été graduellement en augmentant; l'induration de la peau s'est de plus en plus caractérisée, et a atteint jusqu'au tiers supérieur du bras. Au bras gauche, la maladie a suivi exactement la même marche que du côté droit. Pendant ces neuf mois, la santé générale a été très-bonne, l'appétit s'était rétabli, les évacuations étaient naturelles, les époques normales, la respiration libre.

Lorsque j'ai examiné la malade, le 30 décembre 1847, elle offrait tous les symptômes du sclérème le mieux caractérisé.

L'induration a envahi la main, l'avant-bras et les deux tiers inférieurs du bras.

Les doigts sont roides, légèrement fléchis, leurs mouvements sont très-limités, soit dans la flexion, soit dans l'extension; on ne peut pas pincer la peau, et c'est avec peine que l'on imprime un mouvement d'ensemble aux parties molles, elles paraissent adhérentes aux os; la sensation que l'on éprouve est semblable à celle que l'on perçoit quand on cherche à saisir les téguments du dos des doigts, en même temps que l'on exerce une sorte de traction sur la peau de la face palmaire, ou, mieux encore, à la consistance des doigts enfermés dans un gant trop juste. La paume de la main a conservé sa souplesse; aussi la flexion des articulations métacarpo-phalangiennes est-elle plus facile et plus complète que celle des articulations phalangiennes. Au niveau des articulations des premières phalanges, la peau a une teinte violette; sur le petit doigt, il existe une légère croûte, résultat probable d'une érosion superficielle qui aura succédé aux mouvements que la malade a cherché à imprimer aux parties indurées.

L'avant-bras offre la même sensation de dureté, comme s'il était comprimé dans un gantelet trop étroit de peau un peu roide; ses mouvements sont limités dans l'extension, l'avant-bras faisant avec le bras un angle très-obtus. Les mouvements de flexion sont faciles et complets. Quand on place le bras dans l'extensiou forcée, la peau du pli du coude forme une corde tendue, dure, de même consistance que le reste des téguments de l'avant-bras; dans la flexion, cette portion de la peau est, au contraire, parfaitement souple, et ne paraît pas plus épaisse que la peau saine. Les mouvements de supination sont très-limités :

la malade peut présenter de champ le bord radial de la main, mais il serait impossible de le placer horizontalement. L'articulation du coude n'est le siége d'aucune lésion.

Au bras, la consistance des parties molles est la même qu'ailleurs. Dans le point où l'induration cesse, on aperçoit un léger étranglement circulaire; mais, en palpant l'épaule elle-même, on sent que sa consistance n'est pas tout à fait normale ; la dureté paraît plus sous-jacente qu'elle n'est inhérente à la peau. Les ganglions axillaires ne sont point tuméfiés.

La peau malade n'offre aucune coloration spéciale ; cependant, celle de l'avant-bras n'a pas évidemment la blancheur des autres parties du corps ; au niveau des plis de flexion du coude, seulement, elle est rouge-brun. La circulation capillaire des parties indurées est très-riche. En comprimant fortement le milieu de l'avant-bras, on fait très-aisément rougir, soit les points sous-jacents, soit celui sur lequel la pression s'est exercée ; mais il est impossible de faire saillir les veines du pli du coude, on ne les sent ni on ne les voit. L'épiderme est intact ; l'application d'un vésicatoire de cinq centimètres de long, sur l'avant-bras droit, a fait lever rapidement une bulle volumineuse ; le liquide qui s'en est écoulé était transparent, et contenait une énorme quantité d'albumine. Le derme était d'un rouge assez vif ; cette rougeur s'étendait à quelques millimètres au delà de la périphérie du vésicatoire. L'épiderme n'a point été enlevé ; cependant, au bout de cinq à six jours, quand il s'est détaché, le derme était d'un rouge assez vif, douloureux, et, dans trois ou quatre points, il existait de petites ulcérations étoilées ou serpigineuses à fond grisâtre, d'un demi-millimètre de profondeur. Dans ces points, la peau avait l'aspect d'une syphilide ulcéreuse commençante. Ces petits ulcères sont en voie de cicatrisation. J'ai eu quelque peine à enfoncer une aiguille dans la peau malade ; cependant elle y a pénétré, et la piqûre a fait jaillir une petite gouttelette de sang.

La sensibilité est conservée, mais elle est moins vive que dans les parties saines. La piqûre de l'aiguille, l'application d'un corps froid ou d'un corps chaud sont perçues d'une manière plus obtuse à l'avant-bras qu'ailleurs. La différence est notable, sans être cependant très-considérable. La température est normale. Le doigt ne laisse aucune empreinte comme dans l'œdème.

Les extrémités supérieures sont les seules parties malades, mais je ne serais pas étonné que la face ne tardât pas à le devenir. Bien que la peau de cette région soit souple, évidemment, elle est plus lisse et paraît plus tendue qu'elle ne devrait l'être ;

les plis du visage sont moins bien accusés. Toutefois, la malade ne sent aucune roideur et peut facilement mouvoir les parties molles de la face; elle rit aisément et exécute sans efforts tous les mouvements de la mâchoire. La langue est naturelle, sans épaississement. Toutes les dépendances de la peau sont à l'état normal; les cheveux sont abondants et d'un beau noir; les cils, les sourcils bien fournis, les ongles naturels. Les parties malades seules ont maigri. La santé générale est parfaite; j'ai exploré tous les organes et toutes les fonctions, sans pouvoir rien saisir d'anormal.

Voici quelques détails sur les antécédents de cette malade. Cette femme est née de parents qui sont morts à trente et trente-cinq ans, d'une maladie dont elle ignore la nature. Elle a une sœur, âgée de 33 ans, dont la santé est parfaite; elle-même a toujours été bien portante. Une scarlatine bénigne est la seule maladie de l'enfance dont elle ait été atteinte; elle ne se souvient pas d'avoir jamais eu ni maladie cutanée chronique, ni glandes engorgées, ni abcès, ni affection syphilitique primitive ou secondaire. Les époques ont paru pour la première fois à l'âge de quinze ans; elles ont toujours été régulières, mais peu abondantes. Leur durée était de trois jours; le sang était bien coloré. A dix-sept ans, elle s'est mariée; à dix-neuf, elle est accouchée de son premier né; depuis lors, elle a eu trois enfants, et a fait deux fausses couches, provoquées par des émotions morales. Pendant près de onze ans, elle a éprouvé presque chaque jour des sévices qui, par leur répétition, avaient déterminé cette lassitude générale, cet état de malaise dont j'ai parlé plus haut, et qui n'ont peut-être pas été étrangers à la production de la maladie elle-même. Son mari, habituellement ivre, la frappait de coups de bâton; souvent aussi, il la saisissait par les avant-bras, qu'il serrait avec une telle violence, que la douleur durait pendant plusieurs heures, et laissait après elle un sentiment d'engourdissement fort pénible. Les circonstances hygiéniques, dans lesquelles s'est trouvée la femme X., n'ont pas été défavorables. Elle a toujours été bien nourrie et bien vêtue; quand elle a allaité son dernier enfant, pendant l'hiver de 1843, elle lavait tous les soirs son linge à l'eau froide; mais le refroidissement ne paraît pas avoir exercé une grande influence sur l'apparition de la maladie, puisqu'elle ne s'est déclarée que quatre ans plus tard.

Jusqu'ici, le seul traitement qu'elle ait suivi a consisté dans quelques bains tièdes, qui n'ont produit aucun bon effet, et dans l'emploi d'une infusion froide de seize grammes de salsepareille.

Cette dernière médication a été commencée il y a un mois.

La maladie de la femme X. diffère en plusieurs points de celle de la jeune P. ; mais ces différences ne sont pas assez grandes pour en faire deux espèces distinctes ; je ne vois, dans ces deux faits, que la forme aiguë et la forme chronique d'une même affection, la lésion fondamentale, l'induration, existant dans l'un et l'autre cas. Le sclérème de la jeune P. a paru, il est vrai, autant sous-cutané que cutané, tandis que, chez la femme X., il n'en a pas été tout à fait de même. Cependant, chez cette dernière, là où l'induration était à son début, sur l'épaule, par exemple, elle paraissait appartenir à la fois à la peau et aux couches sous-jacentes ; et, d'un autre côté, en fléchissant le membre, on trouvait la peau du pli du bras parfaitement souple, et ne différant pas notablement de la peau saine. Ne pourrait-on pas inférer, de ces deux circonstances rapprochées de l'amaigrissement du membre, que la maladie peut bien avoir eu son point de départ dans une lésion du tissu cellulaire et adipeux sous-cutané, et que la rétraction de la peau n'a été que consécutive.

J'ai, en vain, cherché les causes de la maladie de la jeune P. ; chez la femme X., on peut invoquer, comme cause déterminante, les violences que son mari exerçait sur elle ; mais, à côté de cette cause locale, il en a existé une autre qui nous échappe. J'avais pensé à une syphilis constitutionnelle, en voyant l'aspect ulcéreux de la peau sous le vésicatoire ; mais cette femme m'a affirmé, à plusieurs reprises, qu'elle n'avait jamais éprouvé le moindre symptôme du côté des parties génitales. Ses réponses ont toujours été franches, et je n'ai aucune raison de douter de sa véracité.

La marche de la maladie a été bien différente dans nos deux observations : au bout de cinq mois, la première malade était guérie, tandis que la seconde souffre depuis neuf mois, et que la lésion ne fait que s'accroître. J'aurai peut-être, un jour, l'occasion de faire quelques nouvelles remarques sur cette curieuse affection, et je m'empresserai de les communiquer.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 11. *Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire*; par L. GOSSELIN, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central.

(Archives générales de Médecine, janvier 1848.)

Les organes génitaux, dans les deux sexes, se font remarquer par une tendance à la formation de collections liquides, désignées sous le nom de *kystes* ou *tumeurs enkystées*. On a, depuis longtemps, étudié d'une manière assez complète ces productions dans l'ovaire et la trompe utérine ; les kystes de l'utérus, un peu négligés par les auteurs, ont fait tout dernièrement le sujet d'un travail important, publié par M. Huguier dans les *Mémoires de la Société de chirurgie ;* ceux du vagin ont été l'occasion de quelques publications intéressantes, par MM. Récamier, Lisfanc, Sanson, etc.

Chez l'homme, les kystes des organes génitaux sont moins bien connus ; je ne parle pas de ceux qui apparaissent sur le trajet du cordon spermatique. Ceux-là, sous le titre d'*hydrocèles enkystées du cordon*, sont décrits par tous les auteurs de pathologie ; mais il n'en est pas de même de ceux qui se développent sur l'épididyme ou le testicule ; ceux-là, à part quelques faits de détails souvent mal interprétés, sont peu connus et décrits fort incomplétement. Ces kystes ont été de ma part l'objet de recherches longues et attentives, dont il me paraît utile de faire connaître les résultats.

J'établirai de suite deux grandes variétés, d'après le volume que les kystes de l'épididyme et du testicule peuvent acquérir, et je les appellerai tout simplement *petits* et *grands*, sans chercher cependant à établir la limite précise qui les sépare les uns des autres. Cette distinction est importante au point de vue clinique, les grands kystes donnant lieu à certaines difficultés pour le diagnostic et le traitement, les petits, au contraire, ne fournissant que peu d'applications à la pathologie et intéressant plutôt l'anatomiste et le physiologiste. Il y a d'ailleurs entre eux cette différence de nature que les petits ne contiennent pas de spermatozoaires et ne paraissent avoir aucun rapport avec les voies spermatiques, tandis que les grands renferment souvent des spermatozoaires et ont certainement leur point de départ dans quelque altération des conduits séminaux.

1° *Des petits kystes.* — Il est très-commun de rencontrer à la surface du testicule et surtout de l'épididyme de petites saillies arrondies, grosses comme une tête d'épingle, un grain de millet

ou un pois. Ces saillies sont formées par une poche dans laquelle se trouve un liquide. Examinons successivement leur siége, et tout ce qui est relatif à leur conformation extérieure et intérieure.

Siége et conformation extérieure. — Leur siége de prédilection est la face convexe et l'extrémité libre de la tête de l'épididyme. Dans le premier de ces points, le kyste se voit à la surface de l'organe, et tranche par sa couleur opaline ou sa transparence avec la couleur jaune ou grise de l'épididyme. Dans le second point, le kyste se reconnaît encore à sa couleur, et se présente comme une continuation de la tête.

Quelquefois on trouve un seul de ces petits kystes ; mais il n'est pas rare d'en trouver deux ou trois disséminés sur la tête de l'épididyme, et toujours à la surface convexe de cet organe.

Ordinairement ils sont sessiles et à base assez large ; mais parfois on les trouve unis à la substance de l'épididyme par un pédicule mince et grêle ; deux fois j'ai vu ce pédicule aminci, comme éraillé et prêt à se déchirer au niveau de son insertion.

Mais la surface convexe et libre de la tête de l'épididyme, bien que présentant souvent ces petits kystes, n'est cependant pas le seul point où ils se rencontrent. J'en ai vu assez souvent sur le milieu ou près de la queue de l'épididyme, et dans ces cas, ils sont, en général, plus rapprochés du bord externe que du bord interne. J'en ai vu quatre fois sur le milieu de la face inférieure de l'épididyme ; alors j'étais averti de leur présence par le toucher et la sensation d'un corps dur. Il m'est arrivé de croire que ce corps dur était une tumeur solide, une concrétion ; puis, en disséquant la petite tumeur, je trouvais un contenu liquide et une enveloppe dont la réplétion et l'épaisseur avaient pu me donner, en effet, l'idée d'un corps solide.

Je n'ai pu jusqu'à présent rencontrer de ces kystes dans l'épaisseur même de la substance de l'épididyme ; tous ceux que j'ai vus occupaient, ainsi que je l'ai dit, la surface de ce corps.

D'autres fois, c'est au niveau du testicule et sur la tunique albuginée que le kyste se rencontre. Il est alors plus petit et plus transparent, se trouve indifféremment à la face externe et à la face interne, mais en général, plus près du bord supérieur que de l'inférieur. Les petits kystes se développent souvent encore sur un point particulier que j'appellerai l'*appendice testiculaire ;* mais comme il s'agit là d'une chose fort peu décrite en anatomie, j'ai cru nécessaire d'en parler dans un paragraphe spécial qui précédera l'étude des grands kystes.

J'ai cherché à déterminer d'une manière précise les rapports

de ces petits kystes avec les enveloppes normales. Pour le testicule, la chose est toute simple ; ils se trouvent entre la séreuse et l'albuginée ; pour l'épididyme, cette détermination est un peu plus difficile, parce que la séreuse et la tunique propre sont unies si étroitement, qu'on a de la peine à les séparer l'une de l'autre avec le scalpel, et par conséquent à s'assurer si la production est entre elles ou bien au-dessous de la tunique propre. Cependant, avec du soin, on peut y parvenir, et voici ce que j'ai constaté : en séparant les deux membranes à une certaine distance du kyste, j'enlevais avec la séreuse la poche tout entière sans l'ouvrir ; alors je voyais à sa place, sur l'épididyme, une sorte de dépression ou fossette dans laquelle la substance de ce corps n'était point à nu, mais était toujours recouverte par la membrane propre non entamée. J'ai si souvent répété cette préparation avec le même résultat, que j'avance positivement que ces petites productions accidentelles se forment sur l'épididyme, comme sur le testicule, entre la séreuse et la tunique propre, et n'ont par conséquent pas de connexion immédiate avec la substance séminale.

Cette opinion s'appuie d'ailleurs sur un autre fait, c'est que je n'ai jamais rencontré de ces kystes dans l'épaisseur même de l'épididyme ; j'ai coupé dans tous les sens un grand nombre de testicules, et tous les kystes dont j'ai pu constater la présence étaient superficiels.

Il est un point cependant où la chose n'est plus aussi évidente, c'est la partie inférieure de la tête de l'épididyme, là où se trouvent les vaisseaux efférents. Dans cette région, la membrane propre à l'épididyme est extrêmement mince, et il est fort difficile de déterminer positivement si elle est au-dessus ou bien au-dessous du kyste. Là encore cependant la production accidentelle ne va pas dans l'épaisseur même de l'organe.

Je pense, en un mot, que des kystes superficiels, de la nature de ceux dont il a été question jusqu'à présent, se développent souvent dans ce point ; mais là il peut s'en former d'autres, qui ont des rapports avec les conduits spermatiques, et qui sont l'origine des grands kystes dont je m'occuperai plus loin. Je puis donc laisser de côté pour le moment cette partie de la question.

Structure. — Après avoir passé en revue ce qui est relatif à la forme, à l'aspect extérieur et à la position des petits kystes, j'arrive à l'examen de leur composition intime, autrement dit de leur *structure*. Il faut distinguer ici, comme on le fait pour toute production du même genre, une partie contenante et une partie contenue.

La partie contenante, ou l'enveloppe du kyste, est fermée de

toutes parts, et, surtout pour ceux de l'épididyme, ne communique jamais avec la substance séminifère de cet organe. Ce fait résulte déjà de ce que je disais tout à l'heure de la position du kyste au-dessous du feuillet séreux ; mais je puis ajouter que les injections viennent encore le démontrer ; il m'est arrivé très-souvent de remplir soit de mercure, soit d'essence de térébenthine, des épididymes sur lesquels se trouvaient de petits kystes ; or, jamais je n'ai vu les matières à injection remplir leur cavité. Cette enveloppe, d'ailleurs, est de nature fibro-celluleuse ; elle est ordinairement assez mince, quelquefois elle est plus épaisse, et cette circonstance, jointe à la réplétion très-grande de la poche, lui donne quelquefois les apparences d'un corps solide, ainsi que je l'ai déjà dit.

J'ai encore trouvé la paroi assez épaisse sur les kystes pédiculés, et particulièrement sur ceux qui, revenus sur eux-mêmes, et contenant peu de liquide, semblaient s'être vidés depuis un certain temps.

Pour ce qui est du contenu liquide, il est parfois séreux, transparent ou jaunâtre ; d'autres fois, il est plus consistant, trouble et opalin. Dans le premier cas, il n'a rien qui puisse le faire prendre pour du sperme ; je l'ai d'ailleurs examiné souvent au microscope, et je n'y ai jamais trouvé d'animalcules spermatiques. Dans le second cas, les caractères extérieurs et surtout la teinte opaline du liquide rappellent un peu les caractères du sperme, seulement il est beaucoup moins visqueux, et ressemble au liquide que l'on trouve dans certains kystes opalins du bord des paupières. Je l'ai soumis également à l'examen microscopique, et je déclare que les spermatozoaires ne s'y sont jamais rencontrés. Les éléments que j'ai trouvés le plus souvent étaient des cellules d'épithélium, tantôt cylindrique, tantôt pavimenteux, des corpuscules irréguliers et des granules moléculaires en grand nombre. Trois fois, j'ai trouvé dans ce liquide des corpuscules granuleux, c'est-à-dire des éléments plus volumineux que les corpuscules irréguliers, et semblant formés par l'agglomération de granules qui donnent au corps en question l'apparence d'une mûre ; une autre fois, j'ai trouvé une grande quantité de cristaux allongés. Ce qu'il y a de frappant dans cet examen microscopique, c'est la variété et l'irrégularité des éléments trouvés chez les divers sujets, et surtout l'absence constante des animalcules spermatiques.

Pour ce dernier point, j'ai besoin de donner quelques explications ; car il y a là certaines difficultés, non pour constater si le liquide renferme ou ne renferme pas des animalcules, mais

pour conclure de leur absence à la non-existence du sperme dans le contenu du kyste. En effet, mes recherches ont été faites sur les cadavres ; or, souvent après la mort, on ne trouve plus d'animalcules dans le sperme lui-même, soit parce que le sujet était trop avancé en âge, soit parce qu'il avait succombé à une maladie longue, pendant laquelle la sécrétion spermatique était devenue incomplète. On voit dès lors l'objection qui se présente, relativement au liquide renfermé dans les petits kystes : si ce liquide ne contenait pas d'animalcules, c'est peut-être parce que le sperme du sujet n'en contenait pas lui-même et ne pouvait pas en contenir.

Mais je réponds de suite que, pour m'édifier complétement sur ce sujet, j'ai pris le soin d'examiner, toujours comparativement, le liquide recueilli dans le canal déférent, ou l'épididyme, et celui que me fournissaient les kystes des mêmes testicules. Il m'est arrivé souvent de ne trouver de spermatozoaires ni dans l'un, ni dans l'autre ; mais alors cependant des différences assez notables. Le liquide spermatique renfermait toujours une grande quantité de ces corpuscules que les micrographes ont signalés comme lui appartenant. Le liquide des petites poches anormales contenait aussi des corpuscules, mais tout différents des précédents, et remarquables surtout par leurs irrégularités et leurs variétés.

Plusieurs fois j'ai constaté l'existence d'animalcules très-bien caractérisés et fort nombreux dans le canal déférent et l'épididyme ; le contenu des kystes, au contraire, examiné à plusieurs reprises, n'en renfermait aucun.

J'ai fait cette exploration sur un testicule présentant à la queue de l'épididyme une de ces oblitérations qui ont été de ma part l'objet d'un précédent travail. Il n'y avait pas d'animalcules dans le liquide du canal déférent ; il y en avait beaucoup dans celui de l'épididyme, et cependant un kyste développé sur la tête de ce dernier n'en contenait pas du tout.

Comme je tenais à m'assurer si réellement ce produit était du sperme, j'ai dû répéter mes recherches un grand nombre de fois : or, je suis arrivé si constamment à ne pas trouver de spermatozoaires dans ces petits kystes placés sur la face dorsale ou les bords de l'épididyme, et sous la séreuse du testicule lui-même, que je crois pouvoir dire : ces kystes ne contiennent pas de sperme. Je ne crains pas d'ajouter même que, si ces produits accidentels étaient formés primitivement par une gouttelette de sperme échappée de ses voies naturelles, on devrait y retrouver les animalcules, alors même que les voies séminales elles-mêmes

n'en contiennent plus. Dans ces derniers, en effet, si une longue maladie a fait disparaître les animalcules, la chose s'explique parce que l'absorption a entraîné ceux qui existaient avant cette maladie, et parce que la sécrétion spermatique, devenue insuffisante, n'en a pas produit de nouveaux. Mais, pour les kystes, les conditions ne sont plus les mêmes ; il ne se fait pas dans leur intérieur une absorption semblable à celle qui a lieu dans les conduits séminaux. Le liquide qu'ils renfermaient dans le principe n'a donc point disparu ; il n'a pas été refoulé par le *vis a tergo* dans un réservoir ; on ne voit pas, enfin, pourquoi les animalcules n'auraient pas continué d'être, s'ils avaient existé primitivement. Et qu'on ne m'accuse pas de créer une hypothèse : si l'on veut bien lire la deuxième partie de ce travail, on y trouvera la description de grands kystes renfermant des spermatozoaires sur des sujets qui cependant n'en avaient plus dans les voies séminales.

Je dirai, pour terminer ce qui est relatif à la structure de ces kystes, que l'on voit souvent de petits vaisseaux très-fins se ramifier à leur surface.

Je voudrais pouvoir donner maintenant des renseignements positifs sur la marche ultérieure des petits kystes après leur formation ; mais comme, pendant la vie, rien n'annonce leur existence, et comme probablement ils ne produisent pas d'accidents qui puissent éveiller l'attention du malade, nous sommes obligé de nous en tenir sur ce point à ce que donne l'inspection cadavérique. Il y a d'abord à noter ce fait, que les kystes s'accroissent lentement, et ne sont pas susceptibles d'acquérir un grand volume, car je ne les ai guère vus dépasser celui d'un pois. Arrivés à une certaine dimension, ils ont donc de la tendance à rester stationnaires ; mais ils peuvent aussi se rompre et verser leur contenu dans la tunique vaginale. Plusieurs fois, en effet, j'ai trouvé la poche vide et revenue sur elle-même ; une fois, j'ai pu apercevoir l'ouverture non encore cicatrisée ; enfin, j'ai rencontré assez souvent, sur la tête de l'épididyme, de petites tumeurs pédiculées, concrètes et ne renfermant pas du tout de liquide. J'ai pensé, d'après la grande fréquences des kystes, que ces tumeurs étaient formées par une sorte d'hypertrophie de la paroi après l'évacuation de la poche. Morgagni, d'ailleurs, a signalé cette ouverture dans la tunique vaginale, et il pense que c'est là une des origines de l'hydrocèle. Il est possible, bien que je n'aie pas de fait à l'appui de cette opinion, que l'hydrocèle soit parfois, en effet, la conséquence de la rupture des petits kystes ; seulement, nous ne pourrions admettre dans son entier

l'explication donnée par Morgagni. Cet auteur croit que la poche, une fois ouverte, continue à sécréter, et que le produit versé continuellement dans la tunique vaginale s'y accumule, et amène ainsi l'hydrocèle. Pour que cette manière de voir fût admissible, il faudrait que la perforation du kyste persistât et fût apercevable : or, j'ai dit que je l'avais trouvée une seule fois, et c'était dans un cas où il n'y avait pas d'hydrocèle. Je crois plutôt que l'épanchement consécutif à la rupture peut déterminer, dans la tunique vaginale, une irritation qui est suivie d'une exhalation trop abondante de liquide séreux. Je dois noter, d'ailleurs, que j'ai trouvé plusieurs fois de petites concrétions dures et très-fines mélangées au liquide du kyste : or, ces concrétions, si elles tombent dans la tunique vaginale, me paraissent devoir être une cause nouvelle et plus grande d'irritation.

Le kyste une fois ouvert, que va-t-il devenir ? Il est possible qu'il s'efface et disparaisse complétement ; mais je ne puis l'avancer avec certitude, n'ayant pas rencontré jusqu'à présent de pièce sur laquelle on vît une diminution très-grande, capable de faire croire qu'une disparition entière aurait eu lieu si le malade avait continué de vivre. Plus souvent, le kyste vidé revient sur lui-même, sa cavité s'oblitère, et il reste, ainsi que je l'ai déjà dit, une petite tumeur solide ressemblant à un polype pédiculé. J'ai rencontré cette disposition un bon nombre de fois, particulièrement sur des testicules de vieillard. J'ai vu quelques-unes de ces tumeurs avec une transformation presque cartilagineuse, et j'en ai trouvé d'autres dont le pédicule aminci semblait prêt à se déchirer. Je me suis demandé, dès lors, si les concrétions cartilagineuses, que l'on trouve libres dans la tunique vaginale, n'étaient pas quelquefois constituées par ces petits polypes formés après l'évacuation d'un kyste et détachés consécutivement. J'ai la conviction que les corps libres de la tunique vaginale, qui accompagnent certaines hydrocèles, peuvent reconnaître une autre origine dont j'aurai l'occasion de parler plus loin ; mais ce que j'ai observé, relativement aux transformations successives des kystes, me permet aussi de croire à l'interprétation que j'ai donnée tout à l'heure.

Les petits kystes dont je m'occupe ne se rencontrent pas à tous les âges, et il importe de faire remarquer que je ne les ai jamais trouvés avant l'époque de la puberté. J'ai examiné, dans ce but, un grand nombre de testicules d'enfants, depuis l'époque de la naissance jusqu'à seize ou dix-sept ans, et il ne m'a pas été donné d'en voir une seule fois. Depuis l'époque de la puberté

jusqu'à trente ou trente-cinq ans, ils peuvent se développer, mais ils sont encore assez rares, et ont habituellement un volume très-peu considérable et des parois fort minces. Au delà de quarante ans, les kystes deviennent très-communs et se rencontrent au moins sur les deux tiers des testicules que l'on observe. C'est alors aussi qu'on les trouve plus volumineux, multiples, et qu'ils ont des parois plus épaisses. Chez les vieillards, outre les kystes véritables, on voit très-souvent sur l'épididyme de ces petites tumeurs fibreuses pédiculées dont il a été question précédemment.

Je dois ajouter que la plupart de ces kystes ont été trouvés sur des épididymes et des testicules sains d'ailleurs, et que j'en ai vu quelquefois sur des testicules malades, tuberculeux ou cancéreux. Mais je n'ai pas trouvé que ces dégénérescences, non plus que les oblitérations de la queue de l'épididyme, aient favorisé d'une manière particulière leur développement. Il est, d'ailleurs, bien entendu que je ne veux pas ici parler des kystes qui accompagnent assez souvent, dans cet organe comme dans tous les autres, le cancer encéphaloïde.

Il nous reste à examiner cette question : Quelle est la nature de ces kystes ? comment se forment-ils ? Ici plusieurs opinions se présentent, et en première ligne celle de Morgagni. Cet illustre auteur, dans plusieurs de ses lettres (*de Sedibus et causis morborum*), a donné la description de testicules sur lesquels se voyaient de petites collections liquides, qu'il appelle tout simplement des *hydatides*. Depuis Morgagni, plusieurs auteurs ont signalé en passant, et sans y attacher une grande importance, les *hydatides* du testicule et de l'épididyme ; ce mot se retrouve en particulier dans les œuvres de Hunter (tome 1er), dans l'ouvrage de Lauth (*Sur la structure du testicule*), et dans la *Splanchnologie* de Huschke. Il est bon de faire ici une remarque, c'est que, Morgagni et ses successeurs ne s'étant pas expliqués sur le sens qu'ils attachaient, dans le cas présent, au mot *hydatide*, nous sommes fort embarrassé pour savoir quelle a été au juste leur manière de voir.

On sait qu'avant les travaux du XVIIIe siècle, ceux de Hartmann et Tyson en particulier, on confondait, sous cette expression d'*hydatides*, beaucoup de tumeurs très-différentes les unes des autres, et se ressemblant seulement par ce caractère qu'elles contenaient un liquide plus ou moins semblable à de l'eau. Après les auteurs que je viens de citer, et après les perfectionnements apportés dans l'étude de ce sujet par les travaux de Linné, Laennec, M. Cruveilhier et bien d'autres, on a reconnu que le carac-

tère propre aux tumeurs dites *hydatiques* était de renfermer un produit vivant, un animal au milieu du liquide. Il est arrivé, malgré cela, que de temps en temps les auteurs ont continué d'appliquer le mot *hydatique* à des produits qui ne méritaient pas ce nom, c'est-à-dire à des kystes simples, et peut-être Lauth et Huschke, en parlant des hydatides de Morgagni, n'ont-ils pas voulu comprendre l'hydatide comme elle doit l'être aujourd'hui. Pour moi, je pense que le mot hydatide ayant, dans l'état actuel de la science, une signification rigoureuse et bien déterminée, il ne faut l'employer qu'à bon escient ; c'est pourquoi je dis : les kystes dont je m'occupe ne sont pas des hydatides.

En effet, le liquide n'est pas transparent comme celui des échinocoques et des acéphalocystes ; et d'ailleurs, il n'y a pas cette multiplicité de poches, rapprochées les unes des autres, qui est un caractère propre à ces deux espèces d'hydatides. Quelquefois on trouve à l'œil nu une particularité qui fait penser au cysticerque ; c'est quand, au milieu du liquide généralement transparent, se détache un point blanc bien distinct. On pourrait croire alors que ce point blanc est l'enveloppe propre du cysticerque ; car c'est ainsi que se présentent les choses dans l'hydatide de ce nom ; mais nous avons déjà une différence à l'œil nu, c'est que, dans le cysticerque véritable, le point blanc situé au milieu du liquide est fort petit et difficile à voir, tandis que, dans nos kystes, cette tache est très-facilement apercevable, et saute en quelque sorte aux yeux ; mais le point important est le résultat fourni par l'examen microscopique ; jamais je n'ai pu voir dans le contenu des kystes rien qui ressemblât au cysticerque ; et M. Robin, qui a bien voulu m'aider de ses lumières, n'en a pas rencontré davantage. Il est arrivé le plus souvent qu'au moment où nous ouvrions la petite poche, le point blanc se mélangeait avec le reste du liquide, et lui donnait une teinte opaline uniforme ; nous trouvions toujours des corpuscules irréguliers, des granules, mais jamais de ces corps pourvus à l'une de leurs extrémités d'une couronne de crochets qui constituent les cysticerques.

Une autre opinion est celle qui, assimilant ces productions à certaines tumeurs des paupières, des lèvres, aux ganglions synoviaux, les regarderait comme fournies aux dépens d'une partie de l'organisme modifiée, amplifiée, aux dépens des canaux séminifères en un mot. A. Cooper, en décrivant, sous le nom de maladie enkystée du testicule, une affection de cet organe caractérisée par la formation des kystes dans l'épaisseur même de la glande séminale, a émis cette idée que peut-être les kystes

dont il s'agit tenaient à l'oblitération d'un ou de plusieurs vaisseaux séminifères, et à la dilatation lente et progressive des canaux placés au-dessous de l'oblitération; on conçoit que la même chose pourrait être admise pour les kystes de l'épididyme. Quant à moi, je ne saurais accepter cette manière de voir pour plusieurs raisons. D'abord la théorie ne serait pas applicable à tous les kystes, puisqu'un certain nombre d'entre eux sont placés sur la tunique albuginée dans le tissu cellulaire sous-séreux, c'est-à-dire dans un point où il n'y a pas du tout de vaisseaux séminifères. Elle ne conviendrait pas non plus aux kystes de l'épididyme, placés à une certaine distance de la tête. En effet, cet organe est constitué, dans les trois quarts au moins de sa longueur, par un seul et même canal replié un grand nombre de fois sur lui-même; supposez qu'une dilatation se fasse en un point, qu'arrivera-t-il? Si cette dilatation n'a pas été précédée d'une obstruction, le liquide charrié par le conduit devra s'amasser dans le point dilaté, et alors ce serait du sperme qui occuperait la cavité accidentelle; nous savons qu'il n'en est rien, et que les petits kystes ne contiennent pas de sperme; ou bien la dilatation aurait été précédée d'une oblitération, et alors les matières injectées ne pourraient passer au delà. Il n'en est rien encore: j'ai très-souvent injecté à la térébenthine, avec l'appareil dont j'ai parlé dans mon précédent travail, les testicules sur l'épididyme desquels je rencontrais de ces kystes, et j'ai toujours vu que l'injection passait et n'était point arrêtée. D'un autre côté, jamais je n'ai vu la matière injectée passer dans la cavité de la petite poche. En un mot, l'anatomie ne permet pas d'établir un rapprochement exact entre ces kystes de l'épididyme et ceux que l'on voit, au tégument externe, formés par l'oblitération d'un canal excréteur.

On pourrait se demander encore si la production accidentelle n'aurait pas pour point de départ la rupture d'un vaisseau séminifère, et l'issue d'une petite quantité de liquide suivie de la cicatrisation du point rompu; mais, outre que ces choses seraient assez difficiles à concevoir, elles se trouveraient encore renversées par ce fait que du sperme et des animalcules devraient alors se trouver dans le contenu, et cependant on n'en trouve pas du tout.

Pour la tête même de l'épididyme, on concevrait mieux qu'une obstruction et une dilatation consécutive des canaux spermatiques donnassent naissance aux kystes, la chose du moins pourrait avoir lieu sans interruption du cours du sperme; car, en cet endroit, l'organe est constitué par un certain nombre de conduits, et l'un d'entre eux peut en effet devenir imperméable sans que l'excré-

tion soit empêchée pour cela. Mais ici revient encore cette objection grave que l'on ne trouve pas d'animalcules, et cette autre, d'ailleurs, que dans cette région encore les kystes ne sont point parenchymateux, mais se trouvent superficiellement placés entre la séreuse et la membrane propre de l'épididyme, ainsi que je l'ai dit suffisamment un peu plus haut.

Si donc je suis autorisé à penser, d'après ce qui précède, que les petits kystes de l'épididyme et du testicule ne sont ni des hydatides ni des altérations dépendantes des vaisseaux séminifères, nous arrivons à cette opinion que ces productions se forment de toutes pièces au-dessous de la séreuse testiculaire, en vertu d'une tendance particulière propre à ces organes comme à certains autres de notre économie.

Il ne sera peut-être pas inutile de rappeler ici, en peu de mots, les différentes espèces de kystes dont nous observons des exemples en divers points du corps. Il en est d'abord un certain nombre qui se forment manifestement aux dépens de quelques organes : tels sont les kystes synoviaux, que je citais tout à l'heure, les kystes folliculaires résultant de l'oblitération d'un follicule et de l'accumulation graduelle du produit de sécrétion dans sa cavité. D'autres se développent aux dépens du tissu cellulaire, dans certaines régions où ce tissu est très-lâche et abondant, par exemple ceux que l'on trouve sur le trajet du cordon spermatique, dans les couches sous-cutanées de l'aisselle. D'autres, enfin, paraissent se former de toutes pièces, c'est-à-dire que leur enveloppe, au lieu d'être fournie par les éléments normaux de l'organisation modifiés, amplifiés, est de nouvelle formation. Ceux-là apparaissent en des régions, où le tissu cellulaire est peu abondant ou bien à mailles très-serrées ; à la rigueur, on pourrait dire que là encore le tissu cellulaire se modifie pour former les parois des kystes ; mais comme les cellules ne sont pas aussi lâches, aussi bien disposées que dans le cas précédent, je dis qu'il faut un travail de formation plus complet, et alors cette opinion se rapproche beaucoup de celle qui consiste à regarder les parois du kyste comme étant de nouvelle formation. On voit qu'il y a là d'ailleurs une petite difficulté ; elle est inhérente à la nature même du sujet.

Quoiqu'il en soit, les petits kystes de l'épididyme et de la surface testiculaire me paraissent appartenir à cette dernière catégorie. Leur grande fréquence d'une part, la rareté et la solidité du tissu cellulaire de l'autre, me font penser qu'il se fait dans ces régions un travail de formation nouvelle pour les parois, et un travail de sécrétion particulière pour le contenu.

Maintenant, pourquoi cette tendance singulière dans le testi-

cule, tendance que l'on retrouve dans un si petit nombre d'organes? Car les ovaires, les reins et le corps tyroïde sont peut-être les seules parties du corps où des kystes se forment aussi fréquemment.

C'est que cette tendance à la formation du kyste se lie étroitement, selon moi, à la physiologie des organes, et se trouve particulièrement en rapport avec une diminution d'activité de leurs fonctions. Rappelons-nous, en effet, ce qui a lieu pour le testicule : Tant qu'il ne fonctionne pas, c'est-à-dire jusqu'à l'époque de la puberté, point de kystes. Pendant la jeunesse, c'est-à-dire pendant cette période de la vie où la sécrétion testiculaire est à son plus haut degré d'activité, au moins sous le rapport de quantité, point de kystes encore, ou du moins ils sont excessivement rares. Plus tard, vers 35 ou 40 ans, c'est-à-dire à l'époque où la sécrétion se ralentit et devient moins abondante, les kystes se montrent plus souvent, et enfin dans la vieillesse, lorsque les testicules ont plus ou moins perdu de leur activité, ces productions deviennent très-fréquentes. En un mot, la nature a donné à cet organe, à partir de la puberté, un pouvoir, un molimen sécréteur. Le molimen se réalise suffisamment tant que le sperme est séparé en abondance; mais lorsque vient à diminuer cette sécrétion, la tendance de l'organe n'est plus satisfaite, et le molimen se traduit encore par les productions accidentelles.

Et, en poursuivant plus loin cette idée, nous trouverons peut-être la raison de la fréquence plus grande des kystes sur la tête de l'épididyme que partout ailleurs; c'est qu'en ce point une partie des vaisseaux séminifères s'oblitère souvent par les progrès de l'âge; et ainsi l'apparition des kystes se trouve là en rapport avec la disparition de la structure normale, et par conséquent des fonctions.

En un mot, le testicule a des usages temporaires et qui doivent cesser à un certain âge; quand le ralentissement fonctionnel commence, des kystes se forment; c'est là une chose singulière, difficile à concevoir peut-être, mais qui se voit encore pour les autres organes que j'ai eu déjà l'occasion de nommer.

Peut-on, par exemple, ne pas faire ici, entre l'ovaire et le testicule, un rapprochement qui complétera l'analogie profonde démontrée par le parallèle de ces deux organes? L'ovaire aussi n'a que des fonctions temporaires; à mesure que la vie s'avance, il devient en certains points impropre à ces fonctions, parce que les vésicules de Graaf ne se reproduisent pas; puis, enfin, toutes les cellules disparaissent. L'organe devient comme fibreux et perd complétement sa destination. Eh bien! l'ovaire n'est-il pas

très-sujet aux kystes, n'en offre-t-il pas bien plus souvent que le testicule? On a émis, il est vrai, l'opinion que les kystes de l'ovaire n'étaient autre chose que des cellules ovariennes agrandies; j'admets bien qu'il en est ainsi dans un bon nombre de cas; mais souvent les choses se passent autrement. Il est des kystes, les petits surtout, qui se développent sans avoir leur point de départ dans les cellules ovariennes. J'ai trouvé souvent, sur des ovaires de femmes avancées en âge, et chez lesquelles cet organe avait entièrement perdu sa structure normale, de ces petits kystes tout à fait superficiels, les uns sessiles, les autres pédiculés, dont la situation ne permettait pas de croire qu'ils eussent jamais eu de rapports avec les cellules ovariennes. Peut-être même serait-on justifié à établir, pour l'ovaire comme pour le testicule, la distinction des kystes en petits et grands, avec ce caractère que les premiers sont des productions accidentelles indépendantes de la structure propre de l'organe, tandis que les seconds se développent aux dépens de ses éléments primitifs.

Je pense que les kystes séreux du rein ne peuvent pas s'expliquer autrement que par une sorte de tendance en rapport avec la diminution de la fonction sécrétoire. Tout le monde sait parfaitement que leur contenu n'est point de l'urine, et que leur cavité n'a pas de rapports avec les tubes urinipares. Il est très-probable que les kystes se ferment par suite d'une diminution d'activité sécrétoire dans certains points, ou même de la disparition partielle de la substance glanduleuse. J'avoue cependant que je ne serais pas en mesure de donner une démonstration rigoureuse de ce fait.

Quant au corps thyroïde, les fonctions et la structure intime de cet organe nous sont encore aujourd'hui trop mal connues, pour que nous puissions assimiler rigoureusement les kystes dont il devient assez souvent le siége à ceux qui précèdent. Cependant on me permettra de faire observer que sans doute les fonctions du corps thyroïde ont leur plus grande importance pendant la vie intra-utérine; après la naissance, ces fonctions sont supprimées, ou ne sont plus que très-secondaires; on pourrait donc établir encore un rapport physiologique entre l'apparition des kystes et le ralentissement des fonctions.

Je n'ai aucune raison pour penser que les petits kystes, dont je viens de parler, donnent lieu pendant la vie à des accidents et à un trouble des fonctions. La seule maladie avec laquelle ils aient un point de contact est l'hydrocèle de la tunique vaginale; en effet, j'ai montré plus haut comment la rupture des kystes dans cette

cavité pouvait être le point de départ d'une irritation légère, suivie d'une exhalation trop abondante de sérosité.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

12. — *Remarques sur le diagnostic des fractures incomplètes des os, avec une nouvelle observation de cette espèce de fracture;* par T. Debrou, chirurgien de l'hôtel-Dieu d'Orléans.

(Archives générales de Médecine, janvier 1848.)

Le fracture incomplète, qui consiste en une simple fente ou fissure, extrêmement rare dans la diaphyse des os longs, et plus rare encore dans les os courts, en exceptant, bien entendu, les os plats, où elle se rencontre assez souvent et particulièrement ceux de la tête, paraît n'avoir presque jamais été observée dans les extrémités des os longs. M. Malgaigne, qui a traité des fractures incomplètes avec plus de détails qu'on ne l'avait fait avant lui, ne trouve à citer, parmi les fractures de l'extrémité des os longs, qu'un seul exemple, d'après une pièce qui lui a été communiquée par M. Voillemier. C'était sur la tête d'un humérus. Le nouveau fait que je vais faire connaître est donc particulièrement intéressant sous ce rapport, puisqu'il s'est présenté sur l'extrémité inférieure du fémur.

Au reste, il est bon de faire remarquer, quand on parle des fractures incomplètes des os, qu'il serait convenable d'éliminer les cas où la fracture incomplète est l'accompagnement d'une fracture complète. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des fentes ou des fissures sur un os brisé, en même temps qu'une fracture de toute l'épaisseur de l'os. Cela se voit assez fréquemment sur les diaphyses et plus souvent encore aux extrémités des os longs, lorsqu'elles ont été soumises à un broiement considérable. Mais aujourd'hui que la discussion est close sur l'existence des fractures incomplètes, puisque de nombreux exemples en ont démontré la possibilité, on doit, je pense, dans l'intérêt de la véritable question de pratique, ne considérer comme telles que celles qui existent sans accompagnement de fracture complète. Car il importe peu de savoir si, dans un broiement d'os, il se rencontre des fentes ou des fissures en plus de la fracture principale; le diagnostic du chirurgien est suffisamment éclairé, à l'égard du traitement, par la constatation d'une fracture complète ou comminutive. Tandis que, s'il n'existe pour toute lésion qu'une simple fissure, il devient extrêmement difficile, et cependant nécessaire d'arriver à la reconnaître.

Dans l'observation que l'on va lire, il y avait une fissure du condyle interne du fémur, sans fracture complète, et en même

temps il y avait aussi deux éclats non séparés de la tubérosité interne de l'os. En considérant cette dernière circonstance, on pourrait voir encore dans ce fait une variété de ce que M. Malgaigne appelle *fracture esquilleuse*. Je pense donc que, sous ce double rapport, l'observation peut offrir de l'intérêt. Je me propose, au reste, de la faire suivre de réflexions sur l'importance et la difficulté du diagnostic de ces fractures, sujet trop négligé dans nos traités classiques et même dans l'ouvrage récent de M. Malgaigne.

Obs. — Dans les premiers jours de septembre 1847, on amena à l'hôtel-Dieu d'Orléans un jeune homme de vingt-cinq ans, garçon de ferme, qui, en tombant dans une grange du haut d'un tas de paille, s'était fait au coude gauche une plaie avec fracture comminutive de l'extrémité inférieure de l'humérus. En même temps, il avait subi une contusion au genou droit, et il nous expliqua qu'il était tombé de 20 pieds sur le coude gauche et sur le côté interne du genou droit, qui était fléchi dans la chute. La peau du genou n'était ni entamée, ni écorchée, mais il y avait le lendemain de l'accident, au moment de notre premier examen, une vive douleur au genou, et un épanchement assez marqué dans la capsule articulaire.

L'état du bras gauche attirant principalement mon attention, je me contentai, après avoir fait pratiquer une saignée, de faire placer un coussin sous le creux du jarret et des cataplasmes sur le genou. Le lendemain, la douleur du genou était encore très-vive et augmentait considérablement lorsque l'on exerçait une pression sur son côté interne. L'épanchement n'ayant point diminué, je prescrivis une application de 15 sangsues sur l'articulation; mais avant leur application, M. Vallet et moi nous examinâmes avec soin l'état du membre.

Celui-ci avait la même longueur que celui du côté sain; seulement, le genou paraissait faire en dedans plus de saillie que d'habitude, et la jambe se pliait légèrement en dehors. Le malade nous dit qu'il *était cagneux* de ce côté, qu'il avait toujours eu depuis son enfance le genou droit plus saillant que le gauche, et son frère confirma cette déposition, en ajoutant, avec le malade lui-même, qu'il n'y avait ni claudication ni difficulté dans la marche. Néanmoins cette particularité, n'étant pas claire pour notre esprit, nous engagea à examiner avec le plus grand soin l'état des os. La jambe se fléchissait sur la cuisse avec douleur, mais sans aucun obstacle et sans aucun bruit de crépitation, même articulaire; les mouvements latéraux étaient très-douloureux, mais ni plus ni moins étendus que sur le côté sain, et ne donnaient lieu à aucune

crépitation; la rotule, un peu soulevée par le liquide épanché, était intacte; les tubérosités, l'épine antérieure et toute la tête du tibia ne donnèrent aucun signe de fracture. Les deux condyles et les tubérosités du fémur embrassés séparement, autant que le permettait l'épanchement, parurent intacts; seulement *la douleur était plus vive que partout ailleurs sur la tubérosité interne*, qui, du reste, n'offrit ni crépitation ni déplacement anormal.

Le lendemain de ce jour, le 3e après l'accident, j'amputai le bras gauche à la partie inférieure.

Le genou droit continua à être très-douloureux. Le 5e jour, l'épanchement articulaire avait un peu diminué. Le 6e jour, trois jours après l'opération, le malade eut du délire pendant la nuit, fut fort agité, déplaça la jambe et la cuisse droites qui n'étaient que posées sur un coussin. Le 7e jour, il se fit un gonflement de la partie inférieure de la cuisse, et un érysipèle en partie œdémateux se déclara, surtout au côté interne de la jambe et de la cuisse jusqu'à sa partie moyenne. On fit des onctions d'onguent mercuriel.

En même temps, le moignon avait pris un fort mauvais aspect; la moelle forma un champignon, les chairs se retirèrent sur l'os qui fit saillie. Le pus était remplacé par de la sérosité claire et d'un gris terne. Le malade avait du délire, surtout pendant la nuit. Il mourut le 10e jour après l'accident, le 7e après l'opération.

Je ne décrirai parmi les faits de l'autopsie que l'état du genou, me bornant à dire pour le reste qu'il n'y avait point d'abcès au foie ni dans les poumons, qu'il n'y avait point de pus dans les veines du bras ni du creux axillaire, et enfin, que je ne trouvai pas les lésions que l'on rencontre ordinairement dans les cas de mort par infection purulente.

Il y avait du pus disséminé et diffus sous la peau à la région interne du genou, depuis un peu au-dessous de l'articulation, jusque vers la partie moyenne de la cuisse. Les muscles fémoraux de la région interne étaient ecchymosés dans leur partie inférieure. Du pus rouge et mal lié était infiltré entre les muscles et pénétrait dans tout le creux du jarret, où plusieurs ganglions lymphatiques étaient gonflés, rouges et en partie suppurés. Toute la capsule synoviale articulaire était injectée en rouge brun, et elle contenait un peu de liquide séro-purulent mêlé de quelques caillots sanguins. Tous les ligaments étaient intacts.

En examinant les os avec une grande attention, on trouva sur la tubérosité interne du fémur deux éclats ou décollements de la

table externe de l'os, dont l'un, circulaire, avait les dimensions d'une pièce de 3 livres, et l'autre, plus petit, empiétait un peu sur le cartilage du condyle interne. Ces deux éclats de la table externe étaient recouverts par le ligament latéral interne non déchiré, et tenaient à presque tout leur pourtour, car le périoste n'était rompu que dans un très-petit nombre de points irréguliers : de façon que, même sur le cadavre, on ne pouvait les soulever et les déplacer que d'une manière imparfaite. De la partie postérieure de ces deux éclats de la table externe, descendait un autre trait de fracture qui parcourait en travers le condyle interne, au-dessus de la limite postérieure de son cartilage, suivait la face interne du condyle, et venait se terminer en avant, à moitié chemin de la longueur de celui-ci. Cet autre trait de fracture ne fut pas d'abord aperçu, et ce ne fut que lorsque le fémur eut été scié et la pièce enlevée, qu'on le découvrit. On put voir alors que le condyle interne avait éprouvé une fracture incomplète, que la partie postérieure de sa portion articulaire pouvait s'écarter, se décoller dans une étendue de 3 centimètres, mais qu'elle tenait au reste du condyle et à l'os dans sa partie antérieure.

Il y avait donc, en définitive, une fracture incomplète du condyle interne, et éclatement, sans séparation, de deux lames minces de la tubérosité interne de l'os. Cette lésion suppose que, comme l'avait en effet raconté le malade, la chute avait porté sur le côté interne du genou, celui-ci étant fléchi. On peut admettre aussi que la saillie, un peu plus grande qu'à l'état ordinaire, que faisait le genou, en dedans, chez cet homme, a dû rendre la fracture plus facile, puisque le fémur offrait plus de prise et de surface à la rencontre des corps extérieurs. Je n'ai trouvé d'ailleurs, en disséquant toute l'articulation, aucune trace d'un désordre ancien, qui pût expliquer par un accident le léger défaut de conformation du genou de ce côté.

Je pense qu'après avoir lu cette observation, on accordera qu'il était impossible de reconnaître, sur le vivant, la fracture du fémur. Je pense aussi, cependant, qu'il eût été très-important pour le malade qu'elle fût reconnue pendant la vie. Je ne puis m'empêcher de croire, en effet, que l'altération profonde du moignon qui s'est montrée dès le 3e jour, après l'amputation du bras, la terminaison funeste qui a eu lieu le 7e jour, sans que l'on ait pu en accuser l'infection purulente, ont été principalement causées par l'inflammation et la suppuration du genou. Or, n'est-il pas probable que si, ayant cru à l'existence d'une fracture du fémur, j'avais complétement empêché les mouvements

du membre, en traitant la contusion par les moyens ordinaires que l'on peut employer concurremment avec un appareil à fracture, j'aurais de beaucoup diminué le développement de l'inflammation, et prévenu peut-être la terminaison funeste, au moins dans un moment aussi rapproché de celui de l'amputation du bras? Je sais bien qu'une contusion, aussi forte que celle qui a pu fracturer le condyle interne du fémur, entraîne nécessairement et par elle-même des dangers. Mais n'est-il pas vraisemblable que le développement de l'inflammation du creux du jarret, et en particulier de l'érysipèle, a été facilité par le défaut d'immobilité du membre, surtout chez un homme qui devint en proie au délire? L'apparition de l'érysipèle à la face interne de la cuisse et au creux poplité, c'est-à-dire au point même où siégeait la fracture, m'a beaucoup frappé dans cette circonstance, car je l'avais également rencontré chez le vieillard atteint d'une fracture incomplète du fémur, dont je rappelais l'observation au commencement de ce travail. Je me demandais, à propos de ce premier malade, « si l'érysipèle de la cuisse, qui paraissait avoir été la cause de la mort, se serait également développé dans le cas où, dès le début, on eût placé le membre dans l'immobilité? » Aujourd'hui la même réflexion me revient plus forte à l'esprit, et la réunion de ces deux faits, recueillis à quatre ans d'intervalle, me semble donner une grande importance à ce que je n'avais d'abord admis que comme une supposition.

Au reste, peut-être, et je l'espère, cette circonstance fâcheuse de deux fractures incomplètes, méconnues et suivies de mort, pourra-t-elle me permettre de proposer un signe, je n'ose pas dire certain, car il n'en existe peut-être point, mais d'une très-grande valeur dans le diagnostic de ce genre de fractures. J'y reviendrai plus loin, après avoir fait remarquer les difficultés que rencontre le chirurgien pour reconnaître ces fractures.

La première source de difficultés est la disposition d'esprit où l'on se trouve, relativement au diagnostic des fractures en général. Cette disposition consiste à croire que l'on doit arriver, d'une manière certaine, à reconnaître une fracture. Cependant, l'on devrait ne pas oublier qu'il y a plusieurs espèces de fractures dont le diagnostic certain est impossible. Je ne mentionnerai les unes que pour faire mieux apprécier les conditions de celle que je considère ici en particulier.

Lorsqu'un homme tombe sur la tête, ou reçoit un coup sur cette partie, l'on est souvent dans l'impossibilité de savoir s'il existe une fracture de la base du crâne ou même de la voûte. La marche des accidents, l'apparition de certains signes incon-

stants dans leur existence, décideront seules le chirurgien à établir son opinion à cet égard, et souvent il n'arrive point à la certitude. Dans les chutes violentes qui ont agi sur les os du bassin, l'on est dans le même embarras pour déterminer s'il y a une fracture des branches descendante du pubis, ascendante de l'ischion, ou d'une autre partie de l'os des iles. Plus souvent encore, on ne peut décider, après un examen attentif, si une portion du corps des vertèbres, leurs lames ou une de leurs apophyses articulaires, sont fracturées. Ces faits sont généralement admis. Le chirurgien sait que le diagnostic, dans ces cas, est fort difficile, quelquefois même impossible ; mais, précisément même parce qu'il est averti de la possibilité d'une fracture qu'il sait ne pouvoir reconnaître d'une manière certaine, il prend ses précautions soit pour le pronostic, soit pour le traitement. Le doute devient une des bases de sa conduite ; il attend pour se prononcer. D'ailleurs, dans les cas signalés plus haut, pour peu que la lésion ait été violente, et c'est le seul cas où la fracture soit à craindre, il y a des règles à suivre pour empêcher les accidents de se développer du côté du cerveau, des organes du bassin, ou de la moelle. On explore donc l'intégrité de ces organes, et même on recommande des précautions ou un traitement actif pour prévenir les accidents, considérant avant tout les parties contenues. De toute façon l'incertitude première n'est donc pas réellement bien fâcheuse, puisque l'on sait que, provisoirement, on devra agir comme s'il existait une fracture des os.

D'autres fractures, dans lesquelles le diagnostic certain est impossible, peuvent se rencontrer dans les os des membres ; mais ici la position du chirurgien n'est pas la même que précédemment.

Lorsque l'on est appelé pour un cas de lésion violente sur les os d'un membre, on éprouve une sorte de besoin de décider à l'instant même si l'os est fracturé ou ne l'est pas. Tous les praticiens savent que le malade et ceux qui l'entourent attendent une décision formelle à cet égard, et il faut le dire aussi, l'homme de l'art croit, en général, pouvoir se prononcer avec certitude, après un examen minutieux et attentif. En certains cas, il est vrai, on éprouve des doutes ; il y a un gonflement considérable qui empêche de prendre un parti. Mais si, après la diminution du gonflement, de nouveaux examens ne font constater ni mobilité, ni déformation, ni crépitation de fragments osseux, on affirme qu'il n'y a point fracture, et l'on agit en conséquence. Voilà quelle est la conduite ordinaire.

Parmi les fractures des os des membres, les chirurgiens exercés savent, cependant, qu'il y en a dont le diagnostic est entouré de

grandes difficultés ; et même, grâce à des descriptions très-circonstanciées de ces points difficiles, les jeunes chirurgiens, aujourd'hui, commettent moins souvent les fautes qui étaient communes autrefois, en l'absence de règles et de préceptes. On est averti, par exemple, que, dans certaines fractures de l'extrémité inférieure du péroné, dans celle de l'extrémité carpienne du radius, on doit s'attendre à ne trouver ni crépitation, ni mobilité anormale, ni quelquefois même de déformation de la partie malade. On sait encore que dans certaines fractures du col du fémur, outre qu'il y a absence de ces mêmes signes, on ne peut constater ni raccourcissement du membre, ni déviation du pied (Malgaigne, *Traité des fract.*, p. 672, 699) : toutes circonstances qui rendent fort difficile la connaissance de ces fractures. Les auteurs modernes ont suffisamment insisté sur l'obscurité du diagnostic dans ces différents cas ; et comme il en est prévenu, averti, le chirurgien trouve dans cet avis même la règle d'une conduite qui tourne à l'avantage du malade. Connaissant l'hésitation que doivent éprouver les hommes les plus habiles, et l'insuffisance des moyens de diagnostic, on ose rester dans le doute et l'on agit provisoirement comme dans le cas d'une fracture véritable, attendant, pour s'éclairer définitivement, que la persistance ou la disparition de la douleur, l'impossibilité ou la possibilité de mouvoir le membre, aient confirmé ou infirmé les premiers doutes.

Or, il faudrait ajouter à cette liste de fractures à diagnostic douteux celles qui sont incomplètes, et aujourd'hui que leur existence est bien démontrée, on devrait en admettre la supposition non-seulement au crâne, mais dans les os longs, dans le corps de ceux-ci et dans leurs extrémités, chez les enfants, les adultes, et même chez les vieillards (voir ma 1re observation). Si j'avais été prévenu moi-même de cette règle de conduite, je n'aurais peut-être pas à regretter la mort de mes deux malades, et probablement, pour avoir été dans la même ignorance, d'autres ont eu à déplorer de semblables malheurs.

Il est certain, en effet, que de simples fissures des os, la plupart ignorées des chirurgiens pendant la vie des blessés, ont causé la mort, ainsi que le démontrent les observations en petit nombre laissées sur ce sujet. M. Malgaigne, qui regrette avec tant de raison que les faits connus de ce genre aient été publiés avec trop peu de détails, fait remarquer que la lésion a toujours causé la mort, ou au moins un danger tel qu'il n'a pu être conjuré que par une opération (*Traité des fract.*, p. 38). Il cite, à l'appui de cette remarque, les malades observés par Léveillé,

Bécane, M. J. Cloquet, et deux cas rapportés par Duverney, et ajoute que « les pièces déposées dans les musées témoignent par l'état récent des fissures que les sujets n'ont pu garder longtemps les membres fissurés. » Si l'on ne voulait pas considérer l'observation que je donne aujourd'hui comme établissant encore la gravité du pronostic, parce que le malade qui en est l'objet avait subi l'amputation du bras pour une autre fracture, celle que j'ai publiée en 1843 d'un homme qui n'avait pour toute lésion qu'une simple fissure du fémur ne permet d'admettre aucun doute à cet égard. Et d'une autre part, il est vraisemblable que, si la fracture avait été soupçonnée et connue dans tous ces cas, les malades n'eussent pas succombé, puisqu'une telle fracture doit être, toutes choses égales, d'ailleurs, d'une guérison plus facile que les autres.

Comment donc le chirurgien pourra-t-il prévenir de tels accidents, et comment devra-t-il se conduire dans ces cas difficiles ?

Nous avons dit qu'il doit d'abord admettre dans son esprit la supposition d'une fracture incomplète, puisqu'elle peut exister. Il est bien entendu que cette supposition ne doit venir que dans certains cas, et il faut accorder à chacun assez de sagacité pour déterminer s'il y a ou non des circonstances favorables à cette opinion. Mais il suffit que l'on ait des doutes pour se tenir sur ses gardes et redoubler d'attention. Tant que le doute existe, on devra recommander au malade l'immobilité de la partie blessée, en l'y contraignant même par des appareils, et on tâchera de s'éclairer par les signes rationnels. Les signes physiques manquent tous en effet : dans les fractures incomplètes, en ne considérant que celles qui consistent en une simple fissure, il n'y a ni mobilité anormale, ni déplacement, ni déformation, ni crépitation, ni par conséquent aucun signe certain de fracture.

Parmi les signes rationnels, la douleur a une très-grande importance. M. Maisonneuve a déjà fait remarquer qu'elle est souvent le seul indice, à l'aide duquel on puisse reconnaître certaines fractures de l'extrémité inférieure du péroné, et M. Maigaigne dit que « plus d'une fois avec ce seul signe, il a pris sur lui de diagnostiquer des fractures, et d'assigner comme terme nécessaire de la cure le temps requis pour une parfaite consolidation » (*Traité des fract.*, p. 85). Mais pour avoir sa véritable valeur, ce signe doit être apprécié suivant des règles qu'a signalées encore avec justesse ce dernier chirurgien. On devra ne pas confondre la douleur produite par la fracture même avec celle que détermine la contusion ; cette dernière est plus étendue, moins fixe,

et en général moins intense. Si l'on promène le doigt sur le trajet d'un os qui vient d'être fracturé, en même temps qu'a eu lieu une contusion des parties molles, on détermine de la douleur par la pression dans toute la partie qu'occupe la contusion ; mais cette douleur est égale dans une étendue assez grande, commence avec la surface contuse, et disparaît graduellement à sa limite. Tandis que par la même pression des doigts, en arrivant sur le lieu de la fracture, on obtient une autre douleur qui se montre brusquement, et plus vive, et tellement fixe et limitée, que l'on peut assez bien indiquer, avec elle seule, le point précis et souvent linéaire où l'os est rompu. Cette douleur produite au siége de la fracture apparaît aussi sous l'influence des mouvements spontanés du membre ou de ceux qu'on lui imprime, et le malade, qui la ressent et l'accuse toujours au même point, la distingue assez ordinairement lui-même de la douleur de la contusion.

Le chirurgien devra donc mettre un soin particulier à rechercher cette douleur fixe, profonde, vive, limitée, et paraissant sous la pression du doigt ou par suite des mouvements de la partie ; et si ce symptôme persiste et se reproduit pendant plusieurs jours, surtout après que le repos et les autres moyens auront fait diminuer les effets de la contusion, il deviendra un signe probable de fracture, assez probable au moins pour que provisoirement on agisse comme si elle avait lieu. Les jours suivants, la disparition ou le maintien de cette douleur, son absence ou son réveil dans les légers mouvements que l'on imprimera à la partie, ou que se permettra le malade, achèveront d'éclairer le diagnostic, et feront abandonner ou continuer, suivant les circonstances, le traitement commencé.

Cette règle de conduite, tracée pour certaines fractures du péroné ou du radius, est de tout point applicable aux fractures incomplètes des os; mais malgré l'utilité de ce précepte, il arrivera encore probablement qu'une simple fissure d'un os long, comme celle que j'ai trouvée chez mon premier malade, ne sera pas même soupçonnée dès les premiers jours, soit à cause de la difficulté qu'il y a à distinguer avec précision, dans tous les cas, la douleur qui est due à une fracture de celle qui peut être causée par une simple contusion, soit surtout à cause de l'éloignement où l'on est, en général, de supposer une chose aussi rare qu'une fracture incomplète. Il devra donc arriver que, la lésion étant méconnue, on n'aura pas jugé nécessaire de placer le membre dans un appareil contentif, de manière à empêcher tout mouvement de la partie malade. Mais alors il se présentera un

nouveau signe, qui, si je ne m'abuse, doit avoir une importance décisive : c'est l'*apparition d'un érysipèle sur le siége même de la fracture*. Chez les deux malades que j'ai observés, le membre sur lequel existait une fracture incomplète avait été placé sur un coussin dans le simple repos, la contusion première avait été combattue par des saignées locales et des émollients ; cependant il se développa un érysipèle au bout de quelques jours.

Mais, dira-t-on, est-ce que la contusion elle-même ne suffit pas pour donner lieu à un érysipèle, et comment sera-t-il possible de distinguer celui qui serait produit par cette cause de celui que je propose comme étant un signe de fracture? Cette question est pleine de justesse, et fait naître le besoin d'un éclaircissement. Pour y répondre, je puiserai dans les caractères de l'érysipèle qui s'est présenté chez mes deux malades. En premier lieu, il ne s'est développé qu'assez longtemps après l'accident, dans un cas, le septième jour, dans l'autre cas, le neuvième. Or, l'érysipèle, qui est directement produit par une contusion, tarde moins à se montrer, et commence au moins avant le troisième jour ; car si la contusion ne l'a pas fait naître alors, comme ses effets vont en diminuant à mesure qu'on avance, elle n'amènera point l'inflammation de la peau. En second lieu, l'érysipèle qui a existé chez mes deux malades a été précédé et accompagné d'un empâtement et d'un engorgement œdémateux dans une assez grande étendue, ce qui n'est point dans les caractères d'un érysipèle franc qui naît sous l'influence d'une contusion. Voilà donc des symptômes différents à l'aide desquels on pourra les reconnaître.

De plus, il est facile, en examinant attentivement les phénomènes qui se passent dans les deux circonstances, de rendre compte des ces différences, et peut-être que cette explication même pourra mieux faire apprécier la distinction que je veux établir. L'érysipèle traumatique, qui est le produit direct d'une contusion, naît d'emblée, et, à mesure que l'on s'éloigne du moment de l'accident, la cause qui peut lui donner lieu perd de son influence ; tandis que celui, au contraire, qui dépend de l'existence d'une fracture, a besoin d'un certain temps pour se déclarer. Cela tient à ce que cette seconde forme d'érysipèle n'est que le résultat et la conséquence de l'inflammation des parties profondes qui avoisinent la fracture. On peut dire qu'à l'envers du premier qui s'établit du dehors au dedans, il procède du dedans au dehors, et qu'en réalité il n'est qu'un symptôme de la suppuration qui siége au-dessous des téguments et entre les muscles. Voilà pourquoi aussi il s'annonce à la peau par un empâtement œdé-

mateux, et pourquoi, bien que le membre soit resté posé sur le lit, et qu'on ne puisse en accuser la pesanteur, l'érysipèle prend la forme à la fois œdémateuse et phlegmoneuse. Il est bien entendu, d'ailleurs, que cette inflammation profonde des tissus n'est pas uniquement le résultat de la fracture, car on ne la voit point survenir dans les fractures simples qui sont convenablement traitées par les appareils ordinaires : elle ne se développe que par suite des mouvements qu'on laisse faire au malade, et aussi ai-je eu soin d'indiquer plus haut dans quelles circonstances se manifeste ce signe tardif, mais décisif, à cause même des conditions dans lesquelles il se déclare.

Ces remarques, qui découlent naturellement des deux faits que j'ai observés, sont confirmées par ceux qui ont été donnés par d'autres observateurs. Dans les histoires détaillées et peu nombreuses qui ont été publiées sur les simples fissures des os, on voit que le désordre qui ne manque pas de survenir commence et s'annonce par une inflammation phlegmoneuse étendue jusqu'à la peau. Je ne puis mieux faire, pour le prouver encore et pour éclaircir ce sujet, que de citer ici une observation rapportée par Duverney.

« Un chanoine fait une chute d'un lieu élevé, se heurte la partie moyenne de la jambe ; il y a une vive douleur, une ecchymose et de la tuméfaction. Après quelques jours de repos et d'un traitement actif, les accidents ayant diminué, le malade se croit guéri et agit en conséquence. Bientôt, en se couchant, il aperçut une *rougeur* à la partie antérieure de la jambe, avec un peu de tension. Dans le cours de la nuit, il fut atteint d'une si excessive douleur, qu'il ne put y résister. On se détermina à faire sur l'endroit le plus élevé une incision qui pénétrait jusqu'à l'os. Il en sortit une sérosité purulente qui parut avoir séjourné entre le périoste et l'os. Le périoste était détaché de plus de deux travers de doigt. Il ne fut pas difficile de savoir d'où provenaient ces accidents, puisqu'il parut *une fracture en long très-étendue* ; on fut obligé d'allonger l'incision par ses angles ; le malade se trouva très-soulagé.... On eut ensuite recours au trépan perforatif, et le malade fut guéri en moins de deux mois. »

Ce fait prouverait de nouveau, s'il en était besoin, que la fracture incomplète demeure presque toujours inconnue à son origine, et que le blessé et le chirurgien lui-même se conduisent comme dans le cas d'une simple contusion, jusqu'à ce que des accidents, développés par suite de la non-immobilité du membre, forcent à changer de conduite. Il démontre surtout, pour le but que je me propose, la formation, dans les cas de ce genre, d'une

suppuration profonde qui s'annonce par l'apparition tardive d'un érysipèle.

Je pense donc, et c'est par cette réflexion que je veux terminer mon travail, que le développement d'un érysipèle sur le trajet d'un os fortement contus est un signe décisif pour établir le diagnostic d'une fracture incomplète, et que si, en l'absence de tout signe physique et certain d'une fracture, on n'a point condamné au repos absolu le membre malade, il faut, aussitôt que l'érsyipèle se déclare, se hâter d'agir absolument comme si la fracture était démontrée, afin, s'il en est temps encore, de prévenir les accidents funestes.

---

13. *De la luxation interphalangienne du pouce;* par T.
(Journal des Connaissances médico-chirurg., mars 1848.)

A. Paré a émis une assertion très-contestable lorsqu'il s'est exprimé ainsi : « Les doigts se luxent en quatre manières, à savoir : en la partie intérieure, extérieure et aux côtés. Pour les réduire, il faut tirer et pousser de figure droite, et par ce moyen on les remettra en leur lieu. Ils sont réduits facilement, parce que leurs jointures sont peu caves, et aussi qu'elles sont superficielles, et leurs ligaments lâches et faibles. Cette luxation est ordinairement affermie en 12 jours, ainsi que celles du carpe et du métacarpe. » (t. XI, p. 386, ch. XXXIX. Nouv. édit.)

En effet, la luxation des doigts, et celle du pouce en particulier, sont loin d'être toujours faciles à réduire; cette réduction elle-même nécessite quelquefois des tentatives réitérées, des modifications dans la manière de procéder qu'il nous a paru intéressant de signaler ici; enfin la réduction une fois obtenue n'est pas toujours suivie du rétablissement des fonctions articulaires.

Parmi les luxations du pouce, il faut distinguer la luxation de la première phalange sur le métacarpe, et la luxation de la 2e phalange sur la 1re; quoique plus simple généralement que l'autre, cette seconde espèce de luxation offre toujours une certaine gravité, mais le pronostic est encore plus fâcheux lorsque cette affection est compliquée de plaie communiquant avec la jointure. Pour convaincre de la réalité de ce que nous venons d'avancer, il suffit de relire les *Leçons orales* de Dupuytren, qui a le mieux, à notre avis, étudié ce sujet (*V.* t. II, p. 52, 2e édit.). On verra que, sur 4 observations de luxation de la 2e phalange du pouce sur la 1re qui ont été recueillies, l'observation I se termina, la réduction opérée, par une tumeur blanche. Dans l'obs. II, le tétanos survint et emporta le malade. Dans l'obs. III, il se développa un phlegmon diffus de la main, de l'avant-bras et

du bras qui eut également un résultat funeste. Enfin dans l'obs. IV, il fallait en venir à l'amputation, et le malade succomba encore à une inflammation phlegmoneuse de la main, étendue à l'avant-bras.

Nous devons dire cependant que tous les cas ne sont pas aussi malheureux que ceux que nous venons de citer pour exemples; d'ailleurs, il faut reconnaître qu'il s'agissait dans ces faits de luxations compliquées de plaie ; or, si une plaie communiquant avec une articulation est toujours une circonstance fâcheuse, ici, en particulier, à cause des gaînes tendineuses environnantes et de la grande tendance qu'elles ont à s'enflammer, les accidents consécutifs sont encore bien plus imminents.

Mais les luxations simples de la 2e phalange du pouce sur la première, pour être moins graves en réalité que les mêmes luxations compliquées de plaies au niveau de l'articulation , sont loin d'être toujours exemptes de gravité. La première difficulté qu'elles présentent est la difficulté de les réduire. Dupuytren, témoin de plusieurs tentatives infructueuses dans le cas particulier, a cherché à se rendre compte de la nature de l'obstacle qui s'opposait à la réduction. Il a cru d'abord pendant quelque temps que l'impossibilité de réduire venait de la tension des ligaments latéraux de l'articulation, qui, n'ayant pas été déchirés, mais se trouvant violemment distendus, s'étaient placés en travers entre le sommet et la base des phalanges déplacées, après avoir laissé passer la tête de la phalange inférieure au-devant du sommet de la phalange supérieure, par suite de l'effort qui avait produit la luxation. Plus tard, il abandonna cette idée, pensant que les ligaments latéraux sont presque toujours déchirés dans cette espèce de luxation; il fit alors jouer un grand rôle, comme obstacle à la réduction, à une interposition du tendon des fléchisseurs entre le sommet de la phalange supérieure et la base de la phalange inférieure. Dupuytren ajoute qu'il est à peu près impossible de ramener le tendon déplacé sur la base de la phalange qu'il a abandonnée, par les difficiles mouvements imprimés à l'os déplacé ; car on ignore sur quel côté s'est porté le tendon sorti de sa coulisse; puis il donne le conseil, comme dernière ressource, de pratiquer la section du tendon au-dessus de l'articulation luxée.

Nous croyons que le savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu s'est montré un peu trop exclusif dans la théorie du déplacement du tendon des fléchisseurs, et qu'il a eu tort de rejeter d'une manière absolue sa première explication : celle qui faisait dépendre l'irréductibilité de la tension anormale des ligaments latéraux, devenus transversaux de verticaux qu'ils étaient.

A l'appui de cette assertion, nous allons rapporter une observation recueillie dans le service de M. Huguier, à l'hôpital Beaujon. On verra que la réduction n'a été possible qu'après la section sous-cutanée des ligaments latéraux. Ce fait offre encore une autre espèce d'intérêt sous le rapport de l'ancienneté de la luxation.

Cette observation, par le résultat obtenu à l'aide de la section des ligaments latéraux, devra être prise en considération toutes les fois qu'il s'agira d'une luxation, impossible à réduire par les moyens ordinaires.

Obs. I. — Joséphine Sibnet, gouvernante, âgée de 29 ans, entrée à l'hôpital le 28 novembre, affectée d'une luxation de la deuxième phalange du pouce droit.

Le 13 octobre, au milieu de la précipitation que cause un incendie, elle saisit brusquement une malle qu'elle veut soustraire aux flammes; et, montée sur une chaise, elle cherche à l'attirer hors du rayon qui la porte. Au moment où elle est dégagée, cette malle tombe par son propre poids, et le pouce de la jeune personne, étant engagé dans la poignée de cette malle, est contourné de telle sorte qu'il en résulte le désordre que nous observons. (Elle ne peut rendre compte de quelle manière son doigt s'est trouvé pris ni dans quel sens il a été contourné). Le 13 octobre elle consulta, par malheur, un médecin anglais qui lui dit que cela n'était rien, de ne pas s'en occuper. Depuis ce moment, elle n'a pas cessé de souffrir; son doigt est volumineux; elle ne peut s'en servir : c'est ce qui l'a décidée à chercher d'autres conseils.

Le 28 novembre, c'est-à-dire six semaines après l'accident, on remarque : raccourcissement manifeste du pouce, augmentation du diamètre transversal du pouce au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange; le diamètre antéro-postérieur, c'est-à-dire suivant l'épaisseur, est presque doublé; au niveau de l'articulation phalangienne on sent, du côté de la face palmaire, une saillie arrondie, au-dessous une dépression. A la face dorsale, c'est le contraire : la dépression est située au-dessus d'une saillie arrondie; le mouvement à flexion est impossible; les mouvements de latéralité sont plus étendus que dans l'état normal; mais pour les obtenir il faut forcer un peu et causer une vive douleur. Du reste, la peau est lisse, étendue, rouge, enflammée; engorgement du tissu cellulaire de tout le doigt.

La malade est éthérisée; on essaie, au moyen du pouce, de presser sur l'extrémité supérieure de la phalangette (l'extension étant impossible). Après des efforts infructueux, M. Huguier, au moyen d'un bistouri étroit et pointu introduit sous la peau, va

couper les ligaments latéraux de l'articulation; et alors seulement la réduction devient possible, mais non pas facile, vu l'ancienneté de la lésion (six semaines).

Le doigt est maintenant dans la rectitude au moyen d'une petite attelle, et l'appareil est enveloppé de compresses imbibées d'eau blanche. Douleur vive dans le doigt, les quatre premiers jours qui suivent; mais pas de fièvre. Les jours suivants le gonflement va toujours en diminuant; les deux petites plaies se ferment; aucun des accidents inflammatoires et nerveux, qui étaient à craindre, ne se manifeste. La malade sort le 20 décembre, n'ayant qu'à vaincre la raideur de l'articulation.

Mais, après avoir montré les cas difficiles, il nous reste à indiquer ceux dans lesquels la réduction est facile à obtenir. Le fait suivant en est un exemple.

Luxation de la deuxième phalange du pouce sur la première; réduction facile.

Obs. II.—Le nommé Louis Ory, âgé de 64 ans, scieur de pierre, entré le 20 décembre 1847 à la salle Saint-Félix n° 216, service de M. Huguier.

Il y a six semaines environ, chute sur la face palmaire du pouce droit. — La seconde phalange est luxée en arrière et en haut.—Le pouce droit est de près de 1 centimètre plus court que celui du côté gauche; il est dans l'extension; les mouvements spontanés de flexion ou d'extension sont impossibles; la seconde phalange forme en arrière une saillie par son extrémité postérieure au-dessus de la première phalange; le doigt, promené le long de la face dorsale du pouce, est arrêté par l'angle saillant que forme en arrière cette saillie de près de 1 centimètre de haut; la tête de la première phalange forme une saillie assez considérable en avant et en dedans dans l'épaisseur de la pulpe du pouce. Cet organe présente en dehors un angle rentrant au niveau de l'articulatiou phalangienne et un angle saillant dans le point opposé. En cherchant à faire éprouver au pouce un mouvement transversal des phalanges l'une sur l'autre, on perçoit quelquefois un bruit de craquement.

Le 21 décembre. — Éthérisation; réduction facile; petit bandage compressif.

Le 12 janvier 1848. — Les mouvements inter-articulaires ne sont pas encore rétablis; il existe au niveau de la jointure luxée une tuméfaction irrégulière et assez dure à la pression : il semble qu'il se soit formé dans ce point un épanchement de substance fibro-calcaire qui soude entre elles les surfaces articulaires, ou

qui a servi à réunir les ligaments latéraux probablement déchirés. — Les mouvements de l'articulation luxée sont, comme on le conçoit, très-peu prononcés. — L'avenir améliorera, sans doute, les fonctions du pouce ; d'ailleurs l'état actuel est très-compatible avec la profession exercée par le malade.

Ainsi, la conduite du chirurgien est désormais bien tracée d'après la pratique même de M. Huguier ; on devra d'abord tenter la réduction de la phalange luxée par les moyeus ordinaires, et dans le cas d'insuccès avoir recours sans hésiter à la section sous-cutanée des ligaments latéraux. Les beaux travaux de M. Jules Guérin ont désormais établi la parfaite innocuité de ces sortes d'opérations.

---

14. *Adénite phlegmoneuse du jarret. Diagnostic différentiel.*
(Gazette des Hôpitaux, N° 6 ; 1848.)

Le diagnostic des tumeurs a été jusqu'à présent, et sera probablement longtemps encore la partie la plus difficile de la chirurgie ; ce qui ne veut pas dire cependant qu'il soit impossible ; mais il nécessite des connaissances aussi profondes que variées, surtout lorsque l'on veut y arriver par la voie la plus certaine, par l'élimination. Ce mode de procéder est un de ceux dont M. Velpeau se sert avec prédilection dans les cas difficiles ; et nous devons dire que le plus souvent il le fait avec autant de bonheur que de talent. Nous avons vu, ce matin encore, l'habile professeur mettre cette méthode en usage dans un cas assez obscur, dont nous rapporterons une analyse succincte.

Un homme de dix-sept ans, malade depuis un mois, entre à l'hôpital pour une affection du jarret gauche. Voici ce que l'on observe : le creux du jarret est complétement effacé et rempli par une saillie qui se perd, d'une part, dans les muscles de la cuisse ; d'autre part, dans ceux du mollet, sans cependant déborder qu'à peine le bord du creux poplité. La peau qui recouvre cette tumeur est d'un rouge inflammatoire évident ; pas de bosselures, pas de plaie ; un peu d'empâtement ; on sent une rénitence qui n'est pas franche. Un peu de douleur. Vers la partie moyenne de la tumeur, on sent une sorte d'arcade fibreuse, au-dessus et au-dessous de laquelle on perçoit une fluctuation profonde ; ajoutons que toutes ces explorations déterminent de la sensibilité. En définitive, l'idée première qui se présente à l'esprit est celle d'une tumeur contenant un liquide, mais non pas en proportion de son volume.

Quelle est sa nature ? Pour arriver à la solution de cette question, et déterminer le siége anatomique de la collection, il faut

considérer qu'au creux du jarret les abcès peuvent être situés :

1° Entre la peau et l'aponévrose ;

2° Entre l'aponévrose et le paquet vasculaire et nerveux ;

3° Dans les ganglions lymphatiques ;

4° Dans l'articulation elle-même.

Entre la peau et l'aponévrose, la tumeur serait plus proéminente en arrière ; vu le temps écoulé depuis le commencement de la maladie, la peau serait plus amincie ; d'ailleurs nous ne trouverions pas l'explication de la bride fibreuse, qui est évidemment formée par l'aponévrose. La tumeur est donc sous-aponévrotique.

Serait-ce une affection de l'articulation ? Mais il n'y a rien du côté du genou qui puisse faire croire un seul instant à l'existence d'une maladie de ce genre.

S'agirait-il d'une inflammation des troncs nerveux ? Mais ces inflammations ne présentent jamais les caractères de l'inflammation phlegmoneuse. Il ne peut être question d'une phlébite, encore moins d'une artérite. Par voie d'exclusion, nous arrivons donc à dire qu'il ne peut s'agir que d'une inflammation des ganglions lymphatiques ou du tissu cellulo-graisseux qui remplit le creux poplité, deux choses qui ont été observées nombre de fois.

Pour bien comprendre ce qui se passe dans le jarret, il faut se rappeler la disposition de l'aisselle, qui a beaucoup d'analogie avec lui. Tous deux renferment des vaisseaux, des nerfs, des ganglions, du tissu cellulo-graisseux, les mêmes éléments, mais en moindre quantité dans le jarret. Dans le jarret comme dans l'aisselle, deux genres principaux de phlegmons, l'adénite phlegmoneuse et le phlegmon du tissu cellulaire.

Ce dernier peut se développer dans le creux poplité comme dans l'aisselle, sous l'influence de violences extérieures : un coup, une chute, une distorsion de l'articulation du genou, une fatigue excessive ; enfin, par toutes les causes qui sont susceptibles d'amener dans le jarret une irritation. En raison des nombreux frottements qui s'exécutent pendant l'action musculaire, les mouvements de va-et-vient des ligaments, rien n'est facile à comprendre comme une inflammation dans cette région.

Maintenant, autre chose. Quelles sont les causes qui peuvent faire naître une adénite dans le jarret ? Les mêmes que pour l'adénite axillaire. Pour cette dernière, une écorchure, piqûre au doigt, à la main, à l'avant-bras ; pour l'adénite poplitée, les mêmes lésions d'un orteil, du talon, de la jambe, d'une partie quelconque placée au-dessous du jarret. Une grande partie des

vaisseaux lymphatiques de la jambe et du pied traversent le creux poplité. Lors donc que l'on observe une adénite phlegmoneuse poplitée, on doit trouver au-dessous la lésion occasionnelle. Le phlegmon cellulaire reconnaît pour cause une violence extérieure qui n'a point existé ici. Chez le malade dont nous parlons, nous trouvons, au-dessous de la malléole externe, une petite plaque excoriée, dépouillée d'épiderme, laquelle a évidemment suppuré, et qui suppure encore. Le sujet affirme, il est vrai, que la tumeur poplitée existait en même temps que la plaie du pied. Mais en l'interrogeant avec soin, M. Velpeau est parvenu à prouver que réellement il n'était conduit à parler ainsi, que parce qu'il s'était aperçu des deux choses à la fois, sans pouvoir établir entre les deux maladies de rapport de causalité. L'observation de chaque jour démontre le peu d'importance qu'il faut accorder au dire des malades dans des circonstances semblables, lorsqu'ils n'ont point de connaissances médicales.

De toutes ces considérations, M. Velpeau a conclu à l'existence d'une adénite phlegmoneuse du jarret, plutôt qu'à celle d'un phlegmon cellulaire. Il a plongé un bistouri dans la tumeur ; il s'est écoulé un pus sanguinolent ; mais la tumeur ne s'est pas complétement vidée, et il est resté un tissu mollasse, empâté, preuve manifeste de la justesse du diagnostic. Que le malade ne se soit aperçu de l'existence des deux altérations que simultanément, peu importe. Il est incontestable que l'écorchure du pied a été le point de départ de l'inflammation des ganglions du jarret ; il s'est passé là ce qui se passe dans l'aisselle après une piqûre anatomique, par exemple.

A ce propos, rappelons que M. Velpeau a déjà depuis longtemps cherché, avec raison, ce nous semble, à établir un rapprochement entre les abcès des ganglions lymphatiques et ceux de la glande mammaire. Tous les ganglions lymphatiques ont une atmosphère cellulo-graisseuse plus ou moins épaisse, floconneuse, de forme variable, mais existant partout. C'est un tissu cellulaire lamelleux, filamenteux, etc. Lorsqu'un ganglion lymphatique est enflammé, pendant les premiers jours l'inflammation reste bornée au ganglion lui-même ; mais si elle est suraiguë et qu'elle marche avec une certaine violence, elle manquera rarement d'envahir les tissus ambiants ; elle se propagera d'autant plus facilement, que ces derniers tissus seront plus favorables au travail inflammatoire que le ganglion lui-même. Dans l'adénite phlegmoneuse il y a donc deux périodes : la période parenchymateuse de l'inflammation, puis la période celluleuse ou phlemoneuse. Ce n'est que lorsque le tissu cellulaire est pris que l'on constate les signes

du phlegmon. Jusque-là, on n'a qu'une tumeur roulante et plus ou moins profonde, mais isolée.

Dans les abcès chauds de la mamelle, la marche est essentiellement la même. L'inflammation occupe d'abord le parenchyme, peut y rester confinée, comme elle peut rester dans le ganglion ; mais pour la mamelle ce n'est pas le cas le plus ordinaire, non plus, de voir l'abcès se limiter à la glande ; il se porte soit vers la peau, soit vers les parties profondes (abcès sous-mammaires ou sous-cutanés), comme lorsque les ganglions sont pris, il devient sous-cutané ou sous-ganglionnaire. Nous partageons complétement, pour tous ces motifs, l'opinion de M. Velpeau sur l'analogie qu'il croit pouvoir établir entre ces deux sortes d'abcès phlegmoneux.

Ici les ganglions lymphatiques ne sont plus seuls intéressés ; évidemment le travail phlegmasique a marché. A-t-il envahi le tissu cellulaire situé entre les ganglions et l'aponévrose, ou celui qui est sous-ganglionnaire ? Au creux poplité les ganglions ne sont pas aussi rapprochés de la peau que ceux du pli de l'aine. Il se peut donc que dans le jarret la même circonstance se retrouve que dans l'aisselle ; le tissu cellulaire s'enflamme tout autour du ganglion, et peut indifféremment produire l'abcès profond ou l'abcès superficiel, ou tous les deux à la fois.

Après avoir de la sorte établi d'une manière positive le siége de la maladie, M. Velpeau a rapidement examiné le pronostic, qu'il divise en pronostic général et pronostic de l'adénite, suivant la région. Le premier est ordinairement peu grave. Les adénites aiguës avec ou sans abcès guérissent généralement bien. Envisagées d'une manière spéciale et suivant la région, leur gravité varie. Elles sont moins dangereuses dans le pli de l'aine que dans l'aisselle ou dans le jarret ; dans le pli de l'aine les tissus sont serrés, et la suppuration n'a pas grande tendance à fuser. Dans le creux de l'aisselle, au contraire, le pus peut fuser dans toutes les directions, sous l'omoplate, sur les côtés du cou, dans la poitrine, etc. Dans le jarret le pronostic est assez grave; il y a là d'abord des nerfs et des vaisseaux importants ; l'inflammation peut se propager aux gros troncs veineux et déterminer une phlébite. Le pus peut fuser, soit en haut, et remonter jusque dans le bassin en suivant le trajet du nerf sciatique et l'espace intermusculaire ; soit en bas, entre les couches musculaires qui forment le mollet. Enfin il n'est pas à la rigueur impossible que l'inflammation se propage à la grosse articulation, derrière laquelle est situé l'abcès, et qui n'en est séparée que par quelques tissus membraneux, et une arthrite dans ces conditions ne serait pas une petite chose.

Inutile de dire que le traitement est essentiellement antiphlogistique et résolutif, et qu'une fois la suppuration établie, l'indication est d'ouvrir l'abcès, avec précaution toutefois, en raison des parties importantes qui se trouvent comprises dans la région poplitée ; enfin, qu'après la guérison, il reste, soit momentanément, soit d'une manière permanente, une certaine gêne dans les mouvements d'extension, rendus incomplets par la formation de brides et l'induration des tissus.

---

15. *Luxation de l'articulation coxo-fémorale (sus-pubienne* ; par M. F. Dupont, élève de service.

(Gazette des Hôpitaux, N° 10, 1848.)

Le 3 janvier 1848, est entré à l'hôpital des Cliniques de la Faculté le nommé Barrot (Athanase), âgé de douze ans, né à Paris, demeurant à Valenton. Cet enfant nous raconte que, menant, il y a cinq jours, une charrette près de laquelle il se tenait, le cheval lui a marché sur le pied, et l'a tout d'abord presque renversé. Il y a eu imminence d'une chute en arrière, et très-peu de temps après, la chute a effectivement eu lieu ; il y a eu mouvement du bassin en arrière pendant que la cuisse était fixée, et après la chute, la roue de la voiture passa sur la partie supérieure de la cuisse gauche. Il lui a été impossible de se relever, et les tentatives de réduction qui ont été faites, l'ont été sans résultat.

Le 4, à la visite, nous trouvons ce malade couché sur le dos, un peu plus sur le côté gauche que sur le droit ; la cuisse est fortement tournée en dehors, ainsi que la pointe du pied, de façon que c'est la face externe de la cuisse et du pied qui repose sur le lit. Il y a en même temps flexion de la jambe sur la cuisse. Il s'agissait de savoir si, dans cette position, ce membre était allongé ou raccourci ; à la vue simple, il était impossible de rien constater, puisque la direction des deux membres n'était pas parallèle. La mensuration, d'un autre côté, offrait des difficultés en ce qu'il était difficile de donner aux deux membres la même direction. Cette difficulté, nous sommes cependant parvenu à en triompher en plaçant le membre droit, qui était le côté sain, dans la même direction que le membre gauche. Nous avons mesuré depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la tubérosité du condyle interne du fémur, et nous avons trouvé, à plusieurs reprises différentes, un centim. et demi de raccourcissement. Nous n'avons pu, à cause de la flexion, mesurer jusqu'à la malléole interne.

Indépendamment de ce raccourcissement et de la rotation en

dehors qui, comme nous l'avons dit, était très-considérable, on apercevait dans le pli de l'aine un relief très-sensible.

Au-dessus de ce relief, si on cherchait l'épine iliaque antérieure et supérieure, elle était comme perdue dans les parties molles. Si on appuyait sur cette saillie, on constatait qu'elle était dure et qu'elle n'offrait pas de la mollesse comme dans les épanchements sanguins. Si on imprimait des mouvements à la cuisse en appuyant une main sur la tumeur, on lui faisait éprouver des mouvements. Le sommet du grand trochanter se fait sentir sur le prolongement d'une ligne verticale, partie de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Nous constatons de plus un déplacement de l'artère fémorale. En mesurant comparativement du côté droit et du côté gauche, depuis l'épine des pubis jusqu'à l'épine iliaque supérieure, au lieu de trouver l'artère au milieu de cet espace, nous la sentons battre au-dessus de la tumeur, à deux centimètres en dehors; du côté sain, elle etait, au contraire, à sa place ordinaire.

Une lésion traumatique, une chute qui a pour conséquence une impossibilité de la marche et du mouvement, une rotation de la cuisse et de la jambe en dehors, un raccourcissement de ce membre, une saillie dans le pli de l'aine, le déplacement des battements de l'artère fémorale en dehors, le grand trochanter sur la même ligne que l'épine iliaque antérieure et supérieure, ne peuvent donner lieu à autre chose qu'à une fracture ou à une luxation.

Tout d'abord, nous avons cru à une fracture, parce que, chez les enfants, les fractures de la cuisse sont assez fréquentes. Mais ce n'en était pas une; car une fracture ne produit pas habituellement une saillie aussi considérable dans le pli de l'aine. Il n'y a pas d'exemple que le col du fémur fracturé soit venu se placer au-dessus de la branche horizontale des pubis; c'était déjà une raison très-forte pour penser que nous avions affaire à une luxation plutôt qu'à une fracture. Quand il y a une fracture, on peut, en général, rendre au membre sa forme, sa position naturelle, il nous a été impossible, au contraire, de faire cesser la rotation en dehors et l'allongement du membre.

Il n'y avait pas de doute possible; nous avions affaire à une luxation de la cuisse, très-rare surtout chez les enfants; c'était une luxation en haut et en avant, c'est-à-dire la plus rare de toutes les luxations de la partie supérieure du fémur.

Cette variété de luxation est connue cependant depuis bien longtemps; elle a été nommée sus-pubienne par M. Gerdy; sur

le pubis par Astley-Cooper. On a proposé de l'appeler iliaque supérieure.

Quelques chirurgiens, M. Malgaigne en particulier, ont blâmé ces dénominations, parce que la tête du fémur se trouve non pas sur la branche horizontale du pubis, mais bien entre l'épine iliaque antérieure et inférieure et l'éminence iléo-pectinée, dans la dépression très-sensible qui existe entre ces deux saillies. On a pu vérifier, du reste, par l'autopsie, cette position de la tête du fémur. M. Gely, de Nantes, et Astley Cooper ont publié chacun une observation, dans laquelle ils ont trouvé la tête du fémur dans le lieu que nous venons d'indiquer. Les auteurs eux-mêmes qui l'appellent sus-pubienne conviennent que la tête est placée là où nous l'avons dit. L'erreur anatomique siége dans la pensée que la branche horizontale du pubis s'étend jusqu'à l'épine iliaque antérieure et inférieure, tandis qu'elle ne va que jusqu'à l'éminence iléo-pectinée.

Cette luxation est habituellement produite par une extension forcée de la cuisse et du bassin. Notre malade avait le pied fixé au sol pendant qu'il a été entraîné en arrière. Maintenant la luxation a-t-elle eu lieu au moment de la chute? Cela est probable; ou bien, aurait-elle eu lieu par le passage de la roue de la voiture? Nous devons rester dans le doute. La partie antérieure de la capsule articulaire est probablement déchirée, ainsi que le ligament rond, car il se rompt toutes les fois que la tête du fémur sort de la cavité cotyloïde; M. Gerdy l'a bien prouvé, et ces faits ont été observés par M. Gely et Astley Cooper. Les fibres du psoas iliaque se trouvent soulevées, et sont en partie déchirées. En arrière, les muscles grand, petit, moyen fessier, carré crural, les jumeaux, les obturateurs, etc., peuvent également être plus ou moins déchirés. Relativement aux vaisseaux fémoraux, l'artère n'est pas comprimée, elle est seulement portée en dehors; il ne pouvait donc pas y avoir d'engorgement œdémateux, ni de gangrène.

Il n'y avait pas de doute pour la luxation; mais il fallait rechercher s'il n'y avait pas de complication de fractures. Nous avons dû rechercher s'il n'y avait pas de crépitation; nous n'en n'avons pas constaté. Nous avions à craindre aussi une fracture du bassin; les recherches que nous avons faites dans ce but ont été sans résultat. Nous avions moins à craindre, du reste, une fracture de la cuisse que du bassin, car elle ne se serait pas opposée à la réduction.

La réduction de la luxation étant arrêtée, il s'agissait de savoir si nous la pratiquerions, le membre étant placé dans l'extension

ou dans la flexion. Cette question est applicable à toutes les luxations du fémur. Tous les auteurs anciens, Boyer, Astley Cooper, conseillent de pratiquer la traction horizontale, le membre étant ainsi placé dans l'extension ; ce moyen est assez compliqué et demande le concours de huit à dix aides ; ces tentatives, en outre, déterminent des douleurs assez vives. Les chirurgiens modernes, au contraire, conseillent de faire des tractions sur le membre, placé dans la flexion presque à angle droit avec le tronc. M. Despretz s'est beaucoup occupé de la réduction de ces luxations, et c'est un service réel qu'il a rendu, parce qu'il simplifie beaucoup l'opération. M. Laugier, de son côté, dans son article du Dictionnaire de médecine, conseille d'appliquer cette méthode à toute espèce de luxations.

Le malade est préalablement endormi au moyen du chloroforme, qui, comme on le sait, relâche les muscles en s'opposant à la tonicité musculaire. Le patient couché sur le dos, le bassin placé sur le bord d'un lit et fixé par un aide qui applique une main sur chacune des deux épines iliaques antérieure et supérieure, M. Gosselin élève la cuisse et opère des tractions de bas en haut ; deux aides ayant les mains placées dans le creux du jarret favorisent ces tractions. M. Gosselin crut un instant avoir tout d'abord réduit, mais c'était une erreur ; plaçant alors le jarret du malade sur son épaule, et appuyant de ses deux mains sur la tête du fémur en exerçant des tractions énergiques, le bruit de la tête rentrant dans la cavité cotyloïde s'est fait entendre : la réduction venait d'avoir lieu comme par enchantement.

La réduction effectuée, nous avons immédiatemeut constaté la disparition de la tumeur qui occupait le pli de l'aine ; il était tout à fait symétrique avec celui du côté opposé.

Le lendemain, il y avait du gonflement de ce même pli de l'aine, un abaissement du bassin du côté gauche, et ce qui existe après la réduction de toutes les luxations, c'est-à-dire un certain degré d'inflammation de toutes les parties qui environnent l'articulation. Il faut que cette inflammation se termine avant que le malade puisse marcher ; la marche et les mouvements seraient nuisibles ; le repos au lit reste nécessaire pendant un mois ou six semaines.

L'inflammation disparue, Il peut y avoir une infirmité, une claudication. Il aurait pu y avoir contusion du nerf crural et, par suite, paralysie de la partie antérieure de la cuisse ; nous n'avons rien à craindre de ce côté. Ce que nous avons à redouter, c'est une faiblesse de ce membre, à cause de la déchirure de

la capsule et de la rupture du ligament rond, qui ne pourra pas se reproduire; la capsule ne se reproduira non plus qu'incomplétement. Le pronostic n'est pas grave ; mais M. Gosselin ne serait pas étonné que cet enfant boîte, et que cette articulation soit trop faible pour supporter le poids du corps dans la marche et dans la station.

Aujourd'hui 12 janvier, le gonflement du pli de l'aine, que nous avons signalé comme existant le lendemain de la réduction, est presque tout à fait disparu, et la symétrie tend à se reproduire avec le côté opposé.

---

16. *Plaies par armes à feu. Classification. Question des amputations immédiates ou secondaires.*

(Gazette des Hôpitaux, Nos 25, 27 ; 1848.)

Parmi les questions générales que nous devons traiter touchant les blessures par armes à feu, l'une des plus importantes est sans contredit celle qui a trait à la nécessité des amputations dans les cas de ce genre.

Les blessures qu'on observe à la guerre doivent être divisées en deux grandes classes : les blessures par armes blanches, les blessures par armes à feu. Les premières diffèrent peu de celles qu'on voit ordinairement dans la pratique civile ; nous n'en dirons rien. Les secondes, au contraire, présentent des particularités spéciales ; elles peuvent d'ailleurs être rangées en deux catégories : plaies des membres, plaies des cavités splanchniques ; ces dernières étant, tout égal d'ailleurs, plus graves que les premières.

Occupons-nous d'abord des plaies des membres. Ici nous allons encore établir deux classes : plaies produites par une balle traversant le membre de part en part ; plaies produites par une balle qui n'a fait que le labourer. Celles-ci sont moins graves en général que les premières. En effet, quel que soit le trajet qu'ait suivi la balle, ordinairement la plaie n'intéresse qu'un même tissu, le tissu cellulaire sous-cutané ; les vaisseaux et les nerfs ont moins de chances d'être lésés.

Les plaies qui traversent les membres de part en part peuvent être à leur tour subdivisées en simples et en compliquées. Elles sont simples quand les vaisseaux, les nerfs et les os, n'ont pas été lésés ; compliquées dans le cas contraire. Et ici encore nous subdiviserons cette dernière classe suivant qu'il y a lésion des vaisseaux et des nerfs, ou bien lésion des os.

C'est de cette dernière espèce de blessures, la plus grave de toutes, que veut s'occuper aujourd'hui M. Velpeau.

La lésion des nerfs expose, il est vrai, à la paralysie partielle ; celle des vaisseaux à des hémorrhagies plus ou moins considérables et nécessitant des ligatures. Ces accidents sont certainement fort graves ; mais les fractures par balle le sont encore davantage, et plus aussi que les fractures ordinaires compliquées de plaies. En effet, la gravité de ces dernières vient de la suppuration du foyer de la fracture, de la contusion des parties molles par les fragments ; mais ces fractures ayant lieu le plus souvent par causes indirectes, il n'y a pas contusion des os, tandis que, dans les cas dont nous parlons actuellement, il y a contusion, mortification de tous les tissus. La suppuration nécessaire ici doit avoir lieu dans toute l'épaisseur du membre, y compris les os, qui sont forcément cariés, nécrosés.

Cela établi, voyons les cas où ces plaies sont le plus redoutables, car parmi elles, il y en a encore de plus graves les unes que les autres. Si la blessure portant sur un membre où il y a deux os n'a intéressé que l'un d'eux, elle est moins grave qu'une blessure analogue à un membre, dont la charpente est constituée par un seul os ; car dans le premier cas, l'os sain sert d'attelle à l'autre.

En outre, le point du membre où siége la blessure influe sur son pronostic ; ainsi, à la partie moyenne, elle sera moins grave que près d'une articulation.

Il peut arriver que l'os soit percé par la balle sans que sa continuité soit détruite ; M. Velpeau en a observé trois cas en 1831 ; ou bien la déperdition de substance peut avoir lieu en intéressant le bord de l'os, de façon à former une rigole plus ou moins profonde.

Tout égal d'ailleurs, les blessures des membres inférieurs sont plus graves que celles des membres supérieurs. Au membre inférieur, les fractures de cuisse sont plus dangereuses que celles de jambe. Il n'en est pas de même au membre supérieur, les fractures des deux portions du membre ont une gravité égale.

De toutes ces différentes espèces de fractures, les plus graves sont celles de la cuisse ; car elles sont presque toujours comminutives, et les esquilles pénètrent dans des parties molles très-épaisses. En résumé, il s'agit là d'une région constituée par un seul os formé de tissu très-compacte et très-disposé à se briser en éclats, entouré de muscles nombreux et puissants, de beaucoup de tissu cellulaire, de vaisseaux et de nerfs volumineux. Il y a suppuration ; le pus s'infiltre, fuse en haut et en bas, et on comprend alors la gravité extrême de cette fracture.

Ces considérations nous permettent maintenant de discuter la

question relative à la nécessité de amputations. On l'a formulée de la manière suivante : Vaut-il mieux amputer sur-le-champ les membres qui laissent peu d'espoir de pouvoir être conservés, ou est-il préférable d'attendre quelque temps, et d'opérer seulement quand l'amputation est devenue absolument nécessaire? En d'autres termes, c'est la question des amputations immédiates et des amputations secondaires, sujet des discussions de l'Académie de chirurgie et des Mémoires de Faure et de Boucher.

Boucher disait que, si l'amputation était jugée nécessaire, il fallait la pratiquer immédiatement ; Faure soutenait, au contraire, qu'il valait mieux attendre, cherchant à conserver le membre et n'amputant qu'à la dernière extrémité.

Ces deux chirurgiens avaient, du reste, très-bien noté que dans ces blessures il y avait plusieurs périodes.

Dans la première, qui dure de quelques heures à deux ou trois jours, il y a une excitation, une ébranlement général au physique et au moral, auquel succède un certain état de stupeur ; après l'opération on n'observe pas de fièvre, et il y a plus de chances de succès, suivant Boucher.

La deuxième période, période de réaction, arrivant du deuxième au sixième jour, est analogue à celle qu'on admet pour les brûlures, sans que nous voulions dire par là que les plaies par armes à feu soient compliquées de brûlure, ce dont on est revenu aujourd'hui. Les anciens avaient cette opinion, dont les chirurgiens du dernier siècle se sont attachés à démontrer la fausseté ; mais ce qu'il y a là de vrai, c'est que les blessures par armes à feu peuvent être comparées aux brûlures quant aux résultats. Supposons, en effet, un membre traversé par une tige métallique rouge ; il y aura de même un trajet, un canal escharifié ; la balle ne brûle pas, mais elle mortifie comme un corps chaud. Dans les deux cas, il se développe un travail éliminatoire ayant pour but de détacher et d'expulser du canal accidentel la couche mortifiée. Cette période a plusieurs phases : d'abord on observe des accidents inflammatoires qui durent deux ou trois jours ; un suintement ichoreux, noirâtre, a lieu par la plaie ; les parties escharifiées sont éliminées ; puis un pus véritable se forme, et on entre dans la troisième période, celle de suppuration.

Maintenant, revenant à la question thérapeutique, nous pouvons dire, en premier lieu, que l'amputation dans la période inflammatoire est faite dans de mauvaises conditions ; cela est généralement admis et avec raison, car l'inflammation existant déjà ne disparaît pas sous l'influence de l'opération, mais s'ajoute à celle que produit le chirurgien. M. Velpeau est ici de l'avis de

Faure; si on n'ampute pas dans la première période, il vaut mieux attendre la troisième.

Mais il est bien difficile de se décider d'une manière positive pour l'une des deux méthodes. D'abord, on ne peut guère décider à l'avance s'il y aura possibilité ou non de conserver le membre; il y a des chances pour ou contre, mais les résultats viennent, dans un certain nombre de cas, infirmer le pronostic. Faure disait qu'en amputant tardivement, on conservait tous les membres qu'on aurait coupés à tort; Boucher répondait que, par cette méthode, on sauvait beaucoup moins de blessés.

Ainsi, prenez 100 blessés ; si vous les amputez tous immédiatement, vous en guérissez 90, par exemple ; si, au contraire, vous n'amputez que tardivement, vous conserverez leurs membres, à 25 blessés par exemple; mais sur les 75 autres, il en mourra 25. Ces chiffres sont de pures suppositions ; mais quelque chose d'analogue existe, et suffit pour montrer combien la question est complexe, et expliquer les discussions si longues de l'Académie de chirurgie sur ce sujet.

Pour les fractures du fémur, tous les chirurgiens militaires, Larrey, Percy, Ribes, sont unanimes et d'accord sur la nécessité de l'amputation. Cependant, en 1830, les chirurgiens civils ne se sont pas soumis d'une manière absolue à cette règle, et ils ont cherché à conserver les membres. A cette époque, M. Velpeau, sur douze ou quinze malades, conserva deux fois le membre, et dut pratiquer quatre à cinq fois l'amputation secondaire; sait-on si, soumis tous à l'amputation immédiate, huit ou dix n'auraient pas survécu ?

D'une manière absolue, on ne perd pas plus de malades parmi ceux qu'on soumet à l'amputation secondaire que parmi ceux qui subissent l'amputation immédiate; mais ce n'est pas sous ce point de vue qu'il faut considérer la question. Il s'agit de savoir si les malades, qu'on n'a pas amputés et qui succombent avant d'arriver à l'époque de l'opération secondaire, n'auraient pas survécu si on les avait amputés immédiatement, tandis qu'ils n'ont pas pu franchir le pas difficile qui les séparait de l'opération. C'est là la grande question à résoudre.

Mais il y a des cas où l'amputation immédiate est fortement indiquée. Sept ou huit de nos malades se trouvaient dans cette position ; plusieurs n'ont pas voulu se laisser opérer; maintenant il n'est plus temps, il faut attendre la troisième période.

Complication des plaies d'armes à feu. Gangrène; divisions; étiologie; diagnostic. Hémorrhagies.

Comme complications des plaies par armes à feu, nous devons noter la stupeur, la commotion, les hémorrhagies, la gangrène.

Nous avons déjà observé deux fois cette dernière; nous allons nous en occuper aujourd'hui.

On peut distinguer dans les plaies par armes à feu deux espèces de gangrène; l'une qu'on peut appeler directe, l'autre que nous nommerons indirecte. La première a lieu nécessairement, c'est celle qu'on observe au niveau de la plaie elle-même. Elle se présente d'ailleurs sous deux formes; la mortification peut n'atteindre qu'une couche très-mince des tissus, ou bien elle peut en comprendre une épaisseur plus ou moins grande, et même attaquer les os. Il est à noter que la gangrène atteint généralement ce dernier tissu dans une plus grande étendue que les autres, et cela s'explique, les parties molles pouvant s'écarter et fuir devant le corps contendant, tandis que les os ne peuvent qu'être brisés ou soumis à une sorte d'attrition. Cette gangrène directe se montre donc dans tout le trajet du canal et avec une épaisseur variable, plus grande en général dans les os que dans les autres tissus.

La gangrène par cause indirecte, la seule qu'on décrit en général sous le nom de gangrène, est ainsi nommée par M. Velpeau, parce qu'elle n'a pas lieu au niveau de la plaie, mais se développe au-dessous et sous l'influence de la blessure.

Enfin la gangrène peut encore avoir lieu par extension de celle de la plaie au voisinage de celle-ci. C'est une sorte de degré intermédiaire entre les deux espèces que nous avons admises.

La gangrène dépend, en général, de trois ordres de causes : blessures des vaisseaux, blessures des nerfs, broiement des parties molles. Effectivement, quand une balle traverse un membre, elle peut rencontrer les vaisseaux, les nerfs et les os. La lésion des artères seules n'est pas une cause suffisante de gangrène ; mais si la veine ou les veines principales sont en même temps intéressées, il y a de grandes chances pour que la mortification du membre ait lieu. Aussi, dans les opérations de ligatures, se garde-t-on bien de lier la veine en même temps que l'artère. Cela se conçoit : après la ligature de l'artère, le sang continue à circuler par les collatérales; mais il faut qu'il retourne au centre circulatoire, et ce ne peut être que par les veines; mais celles-ci, à l'inverse des artères, vont en se réunissant au lieu de se multiplier ; les collatérales deviennent de plus en plus rares de bas

en haut, et la circulation ne peut avoir lieu par leur moyen.

Si la blessure existe à un membre où se trouvent plusieurs artères importantes, à la cuisse, par exemple, et que l'une d'elles soit seulement lésée avec la veine correspondante, il n'en est pas tout à fait de même ; car il y a là plusieurs ordres de veines : la saphène avec ses anastomoses, la veine satellite de la crurale profonde, qui peuvent suppléer à la veine principale.

La division des nerfs peut aussi amener la gangrène ; mais cela n'a pas lieu quand il y a plusieurs nerfs importants dans un membre, comme au bras, par exemple. Là, la division du médian ou du cubital, ou de tout autre, n'entraînerait pas la mortification du membre ; mais celle-ci pourrait avoir lieu s'ils étaient tous divisés.

La lésion des autres tissus peut donner lieu à la gangrène, mais seulement dans le cas où les désordres sont considérables. La lésion isolée de la peau, d'un ou de plusieurs muscles, le broiement même d'un os, avec esquilles, ne seront pas suivis, en général, de gangrène indirecte ; mais il en sera tout autrement si plusieurs de ces tissus sont intéressés à la fois, et surtout si en même temps les vaisseaux sont lésés.

Nous ne devons pas seulement considérer l'étiologie de cette espèce de gangrène, nous devons nous arrêter aussi sur son diagnostic, son pronostic et son traitement.

Le diagnostic de la gangrène déclarée n'est pas difficile ; mais l'important serait de la prévoir à son début, ce qui n'est plus aussi aisé, car cela dépend en général de la nature de la lésion, et il faudrait pouvoir toujours la déterminer exactement.

Si la balle a causé de grands dégâts, on peut le constater facilement ; si, au contraire, il y a lésion des vaisseaux, des nerfs, des os, il est souvent difficile de préciser l'état des parties.

Quand il y a paralysie, on peut, guidé par les notions anatomiques, arriver à connaître le nerf ou les nerfs blessés.

Quand il y a hémorrhagie artérielle, on peut aussi parvenir à savoir quelle est l'artère qui en est le siége ; mais ici une certaine difficulté se présente : d'abord il faut savoir si l'hémorrhagie est bien artérielle ou si elle n'est pas veineuse, ce qui, dans le cas qui nous occupe, n'est pas toujours facile. Tel est le cas d'un de nos malades. M. Velpeau pense bien qu'il n'y a pas ici lésion d'une grosse artère, car le pouls est conservé, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite ; mais cela n'est pas concluant, l'artère pourrait être oblitérée, la circulation rétablie par les collatérales.

Mais autre chose : il peut ne pas y avoir d'hémorrhagie,

l'artère étant divisée complétement ; ou bien il peut y avoir hémorrhagie sans que le sang s'écoule au dehors, nouvelle difficulté pour le chirurgien.

Il se peut encore qu'il y ait eu lésion partielle de l'artère ; elle peut avoir été escharifiée par une de ses parties latérales seulement. Alors il se passe là ce qui a lieu à la peau dans des cas analogues.

Le premier jour, l'eschare cutanée fait corps avec le reste des téguments ; il n'y a pas solution de continuité ; mais au bout de quelques jours l'eschare se détache. Il en est de même, avons-nous dit, pour les parois artérielles, et l'hémorrhagie survient par suite.

Il y a donc des hémorrhagies primitives et des hémorrhagies secondaires, celles-ci ayant lieu soit par le mécanisme que nous venons d'indiquer, soit parce que le bouchon même qui oblitérait le bout d'un vaisseau divisé se détache.

La fracture des os est plus facile à constater ; mais d'ailleurs cette lésion seule amène rarement la gangrène, comme nous l'avons déjà avancé.

Pour la division des parties molles, nous dirons que, si elles sont intéressées dans la moitié de leur épaisseur, et si quelques vaisseaux sont lésés, il y a des chances pour que la mortification ait lieu. *(La suite à un prochain numéro.)*

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 17. *Observation de ligature de l'artère carotide primitive, pour une tumeur anévrysmale de la région temporale ;* par M. BARRIER, chirurgien en chef (désigné) de l'Hôtel-Dieu de Lyon ; recueillie par M. ST-LAGER, interne du service.

(Journal de Médecine de Lyon, janvier 1848.)

Marie Cathery, âgée de trente ans, née et demeurant à Lyon, rue Sala, n° 60, exerce la profession de lingère et depuis deux ans celle de concierge. Elle est d'un tempérament nerveux, d'une constitution faible, d'un teint pâle et anémique. La menstruation, qui s'est établie à l'âge de dix-sept ans, a été depuis cette époque assez irrégulière ; l'irrégularité consiste le plus souvent dans un retard de plusieurs jours. Cette femme a eu et a allaité deux enfants ; son dernier accouchement a été laborieux, il a fallu le terminer avec le forceps, et l'allaitement du second enfant a paru contribuer d'une manière très-marquée à l'affaiblissement que présente aujourd'hui la constitution. Néanmoins il n'y a jamais eu de maladie grave, et toutes les fonctions viscérales se sont toujours bien accomplies.

Il y a un an qu'en montant un escalier la malade fit un faux pas et alla se heurter la tempe gauche contre l'angle d'un mur : elle éprouva aussitôt des étourdissements, mais ne perdit pas connaissance et ne ressentit qu'une douleur très-modérée. Il ne se développa sur le coup aucune tumeur à l'endroit de la contusion ; mais, huit jours après, il se forma une petite élévation, d'abord du volume d'une noisette, qui acquit peu à peu le développement d'une pomme de grosseur ordinaire. Cette tumeur, dans laquelle la malade n'apercevait point de pulsations, resta stationnaire pendant quatre mois sans produire aucun trouble dans la santé générale. Au bout de ce laps de temps, elle prit tout à coup, sans cause appréciable, un nouvel accroissement. Depuis cette époque, des battements y devinrent sensibles pour la malade ; en même temps la glande thyroïde augmenta de volume. Des douleurs profondes et pongitives se firent sentir dans la tête et amenèrent de l'insomnie: enfin il se manifesta dans le bras et dans la jambe du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à la tumeur, des crampes et des douleurs vives mais fugaces. D'après l'avis des médecins qu'elle consulta, la malade fit sur la tumeur des lotions et des applications d'emplâtres et de pommades dont elle ne peut indiquer la nature. Les accidents que nous venons de mentionner ne faisant qu'augmenter et la tumeur prenant un nouvel accroissement, la femme Cathery se décida à venir à l'Hôtel-Dieu où elle fut admise et placée au n° 21 de la salle St-Paul.

Voici dans quel état elle se présenta à notre observation. La région temporale gauche était occupée par une tumeur d'un volume égal aux trois quarts d'une grosse orange, qui s'étendait, dans un sens, du conduit auditif à l'apophyse orbitaire externe, et, dans l'autre sens, depuis le sommet de la portion écailleuse du temporal jusqu'à l'arcade gygomatique. Mesurée en largeur, elle représentait un arc de cercle de 11 centimètres, et en hauteur un arc de 10 centimètres. Elle offrait des battements isochrones à ceux du pouls, mais qui ne devenaient bien distincts à la vue que lorsqu'on appliquait le doigt à sa surface. Ces battements cessaient lorsqu'on comprimait l'artère temporale vers son origine, immédiatement au-devant du conduit auriculaire ; le même effet se produisait par la compression de l'artère carotide primitive, compression qui était d'ailleurs rendue difficile par le volume de la glande thyroïde. La tumeur présentait une consistance assez dure, élastique et rénitence sans fluctuation ; la pression n'y causait pas de douleur, et, quand on la pratiquait avec force, il n'en résultait aucun symptôme indiquant la compression

du cerveau. La peau était lisse et incolore. Le stéthoscope appliqué sur la base de la tumeur, près de l'oreille, y faisait entendre un bruit de souffle assez faible ; partout ailleurs ce bruit n'était pas perceptible. La malade éprouvait des crampes et des douleurs, revenant par intervalles dans le bras et la jambe du côté droit, et la sensibilité était affaiblie dans la peau de ces membres. La myotilité n'y était point altérée.

Aprés un examen attentif, nous pensâmes qu'il s'agissait d'un anévrysme faux consécutif de l'artère temporale, produit par la contusion de ce vaisseau ; et, après avoir montré la malade à nos deux collègues, MM. Pétrequin et Bouchacourt, nous nous décidâmes, d'un commun avis avec eux, à tenter la cure de cette maladie par la ligature de la carotide primitive.

Cette opération fut pratiquée, le 3 novembre, en présence de M. Pétrequin, de M. le docteur Girin et de plusieurs autres médecins et élèves. L'éthérisation amena au bout de vingt minutes une insensibilité qui ne fut pas complète, car elle n'empêcha pas la malade de pousser quelques faibles gémissements et d'exécuter quelques mouvements incommodes pour l'opérateur. Une incision de 7 centimètres environ fut pratiquée sur le trajet du vaisseau, le muscle peaussier et l'aponévrose cervicale, successivement coupés avec précaution. La gaîne du sterno-mastoïdien ayant été ouverte et les fibres charnues de ce muscle bien reconnues, son faisceau interne fut repoussé en dehors : la gaîne des vaisseaux, par là mise à découvert, fut incisée et largement débridée sur la sonde cannelée. Malgré la gêne apportée à la manœuvre par le développement de la glande thyroïde, l'artère fut isolée par la sonde cannelée, séparée d'un filet nerveux couché sur son côté antérieur et du pneumo-gastrique placé en dedans et en arriére, et enfin étreinte par une ligature passée au-dessous d'elle avec un stylet mousse. Aussitôt que le fil fut noué, les pulsations furent immédiatement suspendues dans la tumeur, qui en même temps s'affaissa sensiblement et devint plus molle. Une mèche fut placée dans la plaie pour favoriser l'écoulement du pus, et deux points de suture entortillée réunirent la partie supérieure de l'incision. Le pansement fut achevé de la manière ordinaire, et la malade, qui avait déjà repris sa connaissance complète, fut reportée dans son lit, la tête très-élevée sur un oreiller pour éviter la tension du cou. (Tisane de tilleul et potion calmante.)

Dans les premières heures qui suivirent l'opération, la malade resta plongée dans un affaissement assez profond, dont l'éthérisation était sans doute la cause principale. Il se déclara une

demi-aphonie et une gêne extrême de la déglutition ; il y eut peu de sommeil dans la nuit suivante.

Le lendemain, la malade se plaignait de douleurs très-vives dans toute la tête, le pouls était fréquent et la plaie un peu douloureuse ; les crampes des membres avaient disparu ; la tumeur était molle, affaissée, sans pulsations.

Au bout de trois jours, la déglutition devint plus facile, l'aphonie disparut, la plaie n'était plus douloureuse ; les douleurs de tête avaient diminué d'intensité, mais les crampes du bras avaient reparu.

Le cinquième jour, on enleva les deux points de suture ; la moitié supérieure de la plaie était réunie, le reste fournissait un pus de bonne nature. L'état général et local était satisfaisant.

Après une huitaine de jours, tous les accidents du côté de la tête et des membres avaient disparu ; l'appétit revenait avec le sommeil, mais la tumeur n'avait pas subi d'autres changements que ceux qui avaient immédiatement suivi l'opération.

Le 15 novembre, c'est-à-dire le treizième jour depuis l'opération, la ligature se détacha. A partir de cette époque, la guérison ne fut entravée par aucun accident, sauf une bronchite qui ne dura que quelques jours et céda aux boissons mucilagineuses et aux opiacés.

La cicatrisation de la plaie marcha lentement, et le 28 novembre, jour de la sortie de l'hôpital, elle n'était pas encore complète. Nous avons revu la malade le 10 décembre : la plaie était presque entièrement guérie ; la tumeur avait diminué de volume depuis la sortie de l'hôpital, ne présentait point de battements, et tout symptôme du côté des fonctions cérébrales avait cessé.

L'histoire de cette opération nous présente quelques points dignes d'intérêt, et sur lesquels nous devons revenir d'une manière spéciale. C'est sur le diagnostic que j'appelerai d'abord l'attention des praticiens. Il ne pouvait rester aucun doute sur les communications intimes de la tumeur avec le système artériel ; les battements qu'elle présentait et les effets de la compression de l'artère carotide primitive et de la temporale montraient que la tumeur recevait largement du sang dans son intérieur. A ces signes s'ajoutait encore le bruit de souffle qu'on percevait par l'auscultation. Mais il était permis de se demander si l'on avait à faire à un *anévrysme* de l'artère temporale, ou à une *tumeur fongueuse*, provenant des os ou même des enveloppes du cerveau. Ce qui pouvait en donner l'idée, c'étaient les symptômes déjà manifestes d'une altération survenue dans l'hémi-

sphère gauche. Les douleurs et l'engourdissement, affectant les membres du côté droit, annonçaient un commencement de compression de l'organe encéphalique ; mais on pouvait, d'un autre côté, concevoir que l'anévrysme de l'artère temporale, parvenu en se développant jusqu'au contact des os du crâne, avait pu les user progressivement, les perforer et pénétrer ainsi jusqu'à la surface des circonvolutions cérébrales. Ces deux suppositions étaient *à priori* également admissibles. C'est à la seconde opinion que nous nous sommes arrêté de préférence, à cause du développement de la tumeur qui avait suivi la contusion de l'artère à peu de jours d'intervalle. Le succès de l'opération nous semble aussi plus en faveur de cette manière de voir que de l'opinion contraire.

L'hypertrophie du corps thyroïde, chez la malade, devait faire prévoir quelques changements dans les conditions anatomiques de la région, qu'il fallait attaquer pour lier l'artère. Nous avons dû redoubler de précautions pour ne point nous égarer dans la recherche du vaisseau, et c'est dans ce but que notre incision a été tracée sur le bord interne du muscle *sterno-mastoïdien*, de manière à découvrir ses propres fibres avant d'attaquer la gaîne de l'artère. Quoique la partie latérale du corps thyroïde eût déjeté en dehors le muscle sterno-mastoïdien, l'artère avait conservé à peu près sa direction normale, mais elle était plus profonde ou du moins rendue telle en apparence, autant par la saillie du goître que par la tension du muscle satellite de l'artère. Cette profondeur a rendu le soulèvement de l'artère et sa séparation des organes voisins un peu plus longs que dans des conditions opposées. Nous n'avons rencontré aucun obstacle provenant de la veine jugulaire interne, mais un filet nerveux qui s'est présenté devant la carotide a dû être écarté avec soin. Le nerf pneumo-gastrique ayant été saisi avec le vaisseau et mis à cheval avec lui sur une première sonde, il a fallu le dégager avec une seconde, et ce n'est qu'après nous en être assuré et avoir fait reconnaître à plusieurs assistants l'isolement complet de l'artère en même temps que les pulsations, que nous avons procédé à sa constriction. Nous avons eu soin aussi, pour nous éloigner autant que possible du corps thyroïde, d'attaquer le vaisseau à 2 centimètres environ plus haut que le lieu d'élection. Nous avons évité par là le muscle omoplat-hyoïdien.

Nous n'avons point songé à porter la ligature ailleurs que sur le tronc carotidien ; il nous semblait dangereux de lier isolément l'une des deux carotides secondaires, et c'eût été une complication inutile de lier simultanément ces deux vaisseaux de préfé-

rence à la carotide primitive. En liant isolément la carotide externe, nous pouvions redouter l'insuccès de l'opération dans le cas où, contre notre prévision, la tumeur aurait eu pour origine un fongus de la dure-mère ou des os, car alors la tumeur aurait continué à recevoir du sang de la carotide interne. Nous ne pouvions, pour une raison semblable, recourir à la ligature de la carotide interne seule, puisque l'anévrysme de l'artère temporale n'en aurait éprouvé aucune modification. Tout nous faisait donc une loi de procéder comme nous l'avons fait. Nous avons préféré la ligature à la méthode nouvelle de la galvano-puncture, parce que cette méthode exige comme auxiliaires la compression et l'application de la glace. Cette complication de moyens doit, ce nous semble, en faire rejeter l'emploi dans les cas du genre de celui dont il s'agissait ici.

Les suites immédiates de l'opération n'ont rien offert de grave; les fonctions du cerveau n'ont été ni suspendues ni altérées, et ce fait est venu s'ajouter à ceux déjà connus, qui démontrent l'innocuité de l'oblitération d'un des principaux troncs artériels de l'encéphale. Le seul effet fâcheux que nous ayons observé a été une dysphagie très-douloureuse pendant les deux premiers jours, mais qui, à partir de cette époque, est allée en diminuant. Nous ne pouvons attribuer cet accident et l'aphonie coïncidente à la lésion d'aucun nerf, car nous sommes bien sûr d'avoir isolé complétement le vaisseau de tous les nerfs qui l'avoisinaient. On sait d'ailleurs que le même phénomène s'est montré dans des opérations de ce genre, sans cause plus évidente. L'effet immédiat de la ligature sur la tumeur a été très-satisfaisant, les pulsations ont cessé, la tumeur a diminué de volume et de consistance; mais cette amélioration est devenue stationnaire après qnelques jours, et la résolution de la tumeur ne s'est opérée qu'avec une extrême lenteur. Au moment où nous écrivons, il s'est écoulé trente-sept jours depuis l'opération, et la tumeur conserve encore au moins la moitié de son volume primitif. Du côté des fonctions du cerveau, l'amélioration a été également lente mais progressive, et depuis trois semaines, la malade n'a plus ressenti ni douleurs ni engourdissement dans les membres; son sommeil est très-bon, ses forces sont revenues, et tout fait espérer une guérison solide et complète.

---

18. *Fracture de la rotule. Emploi de la griffe.*

(Gazette des Hôpitaux, N° 1; 1848.)

Le traitement des fractures transversales de la rotule est un de ceux, qui théoriquement semble être des plus simples et qui, dans

la pratique, est peut-être un des plus malaisés. Depuis le bandage en 8 de chiffre de J.-L. Petit et de Heister, auquel on donnait le nom de *kiastre*, une foule d'appareils et de moyens thérapeutiques se sont succédé, sans qu'aucun paraisse avoir jusqu'à présent satisfait complétement toutes les exigences. Ainsi, nous voyons Desault ajouter au kiastre des anciens le bandage modifié des plaies en travers, une attelle postérieure dans toute la longueur du membre, et une bande roulée destinée à comprimer les muscles. A. Cooper employait un bracelet de cuir, fixé au-dessus du fragment supérieur, bracelet auquel était adaptée une lanière passant sous la plante du pied et maintenant celui-ci aussi élevé que possible. Boyer avait une gouttière matelassée, dans laquelle il logeait la partie inférieure de la cuisse et le haut de la jambe, et formait, à l'aide de deux courroies embrassant chacune un des fragments, un espace transversalement elliptique dans lequel la rotule était comprise.

Aucun de ces appareils, il faut bien le dire, ne remplit toutes les conditions désirables, et, pour ne parler que du dernier, M. Malgaigne a démontré péremptoirement que les courroies produisaient un mouvement de bascule sur les deux fragments, et empêchaient un contact immédiat et suffisant. Cet inconvénient est tellement réel que M. Nélaton, qui l'a constaté plusieurs fois, a pris le parti de supprimer les courroies de l'appareil de Boyer, et a vu dans un cas, entre autres, à l'aide de la gouttière seule, se réunir par un cal osseux les deux fragments d'une rotule qui, au moment de l'entrée, présentaient un écartement de 2 centimètres environ.

C'est pour remédier à tous les vices de ces appareils que M. Malgaigne a inventé la double griffe, dont il a retiré nombre de fois de grands avantages, et qui mériterait certainement d'être employée plus habituellement par les chirurgiens. Cet appareil à griffes, nous l'avons vu appliquer tout dernièrement à l'hôpital de la Clinique par M. Gosselin, chez un homme couché au n° 2, et affecté d'une fracture transversale de la rotule. Le chirurgien l'a mis en usage avec d'autant plus de confiance qu'il réunit parfaitement toutes les indications, et que, jusqu'à présent, la plupart des sujets, chez lesquels il a été appliqué, n'en ont retiré que des avantages bien marqués. Au premier abord, il paraîtrait que des accidents graves pourraient être la suite de son application; et cependant il n'en est rien. La double griffe métallique n'a jamais déterminé le moindre accident sérieux. Il n'est pas un seul malade chez lequel on ait observé de phlegmon ou d'érysipèle. Mais, dans la prévision de ces complications, tout

improbables qu'elles sont, M. Gosselin a préféré, pendant quelques jours, faire couvrir de cataplasmes émollients le genou ainsi disposé. Lorsque l'appareil deviendra mobile et que la petite inflammation locale, à laquelle donnera lieu nécessairement le passage des pointes, ne permettra plus de le laisser en place, la position des fragments guidera M. Gosselin dans le choix du procédé qu'il devra mettre en usage, et qui ne sera pas le même, suivant que les fragments auront de la tendance à rester rapprochés ou menaceront de s'écarter.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'au moment où l'appareil a été placé, nous avons pu constater que les fragments, distants auparavant de 2 centimètres, se touchaient presque complétement.

Nous le répétons, c'est un tort qu'ont les chirurgiens de ne pas faire plus souvent usage de l'instrument de M. Malgaigne. Ils obtiendraient quelquefois facilement, par son secours, des guérisons plus complètes, plus rapides que celles que fournissent avec grande difficulté ceux que nous avons mentionnés plus haut.

---

19. *Fissure à l'anus. Dilatation forcée. Procédé de M. Récamier. Emploi du chloroforme*; par M. Ferdinand Dupont, élève du service à l'hôpital des Cliniques à Paris.

(Gazette des Hôpitaux, N° 25, 1848.)

Au numéro 3 de la salle des femmes, est couchée la nommée Élisabeth Raté, âgée de vingt-sept ans, blanchisseuse, entrée le 5 janvier, malade depuis trois mois.

Cette femme, d'une santé assez délicate, est accouchée il y a deux ans de son premier enfant. Depuis trois mois, elle se plaint de douleurs vives dans la région anale, surtout après avoir été à la garde-robe. Ces douleurs, néanmoins, n'étaient pas continues, mais revenaient de temps en temps ; c'est ce qui explique pourquoi la malade n'avait rien fait jusqu'alors pour les calmer. Depuis huit jours, elles sont devenues continuelles, très-intenses après les garde-robes, et même pendant leur intervalle.

On ne remarque à l'extérienr de l'anus aucune tumeur hémorrhoïdale, point de condylome, point d'ulcération ; mais en écartant les bords de l'anus, on aperçoit à sa partie postérieure une petite saillie, et au-dessus d'elle une petite solution de continuité de 1 ou 2 millimètres d'étendue. Les limites de cette fissure ne sont point visibles dans sa partie supérieure.

Le doigt entre facilement dans le rectum. Il n'y a pas de contraction anale; on sent seulement une dureté qui se prolonge

à l'intérieur du rectum. Cette introduction du doigt est assez douloureuse, surtout à l'endroit où existe la fissure.

Cette malade a une ulcération allongée, qui est une fissure; elle occupe la partie postérieure du sphincter; elle siége à son niveau et un peu au-dessus de lui. Il existe des fissures exclusivement au-dessous ou exclusivement au-dessus du sphincter; cette distinction, d'après le siége, est réelle. Les malades qui ont des fissures au niveau du sphincter sont ceux qui souffrent le plus; celles qui sont au-dessus ou au-dessous sont beaucoup moins douloureuses, beaucoup plus supportables. Ces fissures, connues depuis longtemps, ont été très-bien décrites par Boyer.

Il y a des malades qui ne souffrent que quand ils vont à la garde-robe, et la douleur qu'ils éprouvent alors est comparable à celle d'un fer rouge qui serait porté dans le rectum. Cette douleur se prolonge pendant deux ou trois heures, puis elle disparaît complétement pour reparaître de nouveau au moment de la première garde-robe. Ces malades sont, en général, constipés, et la douleur n'est réveillée que par l'issue des matières fécales. Il existe alors une contraction du sphincter telle, que le doigt ne peut pénétrer qu'avec la plus grande difficulté. Les douleurs vives indiquent en général une fissure et une contracture du sphincter qui ne se laisse distendre qu'avec difficulté, et les matières fécales, pressant sur cette fissure, y déterminent une douleur très-vive.

Notre malade présente ceci de particulier, qu'elle ne souffre guère plus pendant l'excrétion des matières fécales que quand elle n'a pas lieu, ce qui s'explique par le peu de contracture spasmodique du sphincter. La douleur est violente et continue, à ce point qu'elle s'oppose à la marche et même à la position assise.

Le pronostic de la fissure en elle-même n'est pas très-grave; il n'y a pas de rapport entre la fissure et les tubercules pulmonaires : il n'en serait pas de même si nous avions affaire à une fistule. Il est vraisemblable que la maladie, abandonnée à elle-même, ne se guérirait pas; il est probable, au contraire, qu'il surviendrait une contracture du sphincter qui n'existe pas encore.

Boyer a conseillé, pour guérir ces fissures, de pratiquer sur le sphincter une incision qui a pour but de diviser ses fibres, que cette incision soit faite sur la fissure elle-même, soit sur un autre point éloigné ou rapproché d'elle. Il est préférable cependant de faire porter cette incision sur la fissure elle-même, on en change ainsi la nature et on en amène la cicatrisation.

D'autres personnes ont conseillé la cautérisation avec le nitrate d'argent, les lavements de ratanhia, de monæsia, les mèches enduites de cérat opiacé, etc. Beaucoup de ces moyens échouent ou sont très-douloureux, particulièrement la cautérisation et les mèches, qui demandent à être employées pendant un temps assez long.

M. Blandin a eu recours avec succès à la ténotomie du sphincter anal.

Le procédé de M. Récamier, qui est celui que nous allons employer, consiste à dilater fortement le rectum avec deux doigts. Cette dilatation brusque et forcée a été souvent suivie de succès. On conçoit qu'elle agit, comme le procédé de Boyer, par la déchirure de la solution de continuité et par la dilatation du sphincter anal. C'est une méthode ingénieuse d'agir à la fois et sur la fissure et sur la contracture spasmodique du sphincter.

La malade, endormie au moyen du chloroforme, n'a pas souffert au moment de l'opération ni depuis qu'elle a été pratiquée. M. Gosselin avait eu, dans les premiers jours, la précaution de la purger avec de l'eau de Sedlitz ; puis, abandonnant tout purgatif, les matières sont devenues dures et n'ont occasionné aucune souffrance, ni pendant leur passage ni consécutivement à leur sortie. Le doigt, introduit avec force dans le rectum, ne cause aucune douleur, nouvelle preuve que la cicatrisation a eu lieu.

Ce procédé de M. Récamier, employé déjà dans plusieurs occasions par MM. Nonat et Robert, et auquel M. Gosselin avait recours pour la première fois, a été suivi, comme on le voit, d'un succès complet. L'opération de Boyer aurait eu le même résultat, mais elle exige plus de temps, plus de soins ; il faut introduire de la charpie entre les lèvres de la plaie ; il aurait fallu veiller à ce qu'il n'arrivât pas de phlegmon, d'érysipèle ; tandis qu'ici nous n'avons eu aucun pansement et nous n'avons pas eu à craindre d'hémorrhagie.

La douleur que causait autrefois cette opération avait seule empêché les chirurgiens d'y avoir recours ; c'était, en effet, une difficulté, qui aujourd'hui n'existe plus et qui fait maintenant l'avantage du chloroforme.

---

20. *Contracture des muscles des jambes, des pieds et des orteils, due très-probablement à une affection rhumatismale. Difformité consécutive de ces parties. Traitement par la ténotomie et les appareils orthopédiques. Guérison.*

(Gazette des Hôpitaux, N° 17, 1848.)

Il s'agit d'une femme, âgée de vingt-sept ans, mariée avec un

coiffeur, d'une constitution frêle. Ses règles se sont supprimées il y a environ deux ans ; elle attribue cette suppression à l'humidité de son logement, qu'elle occupait depuis trois ans. Sa santé s'est altérée peu à peu ; elle perdit l'appétit, et n'aima plus que les aliments acides ou très-stimulants. Elle éprouva des étouffements, et la plupart des signes qui se rattachent à l'état chorotique.

Deux mois après la suppression de ses règles, elle fut prise tout à coup, au milieu de son sommeil, d'une douleur très-aiguë dans la jambe droite, et ne put se lever le lendemain. Peu de jours après, de semblables douleurs se manifestèrent dans la partie inférieure de la jambe gauche, d'où elles s'irradiaient à tout le membre.

Des frictions sédatives et un régime fortifiant lui furent prescrits sans succès.

Trois mois après l'apparition de ces douleurs, les jambes se fléchirent légèrement sur les cuisses, les pieds se placèrent dans l'extension ; et enfin dans le pied gauche surtout, les quatre derniers orteils se rétractèrent et se fléchirent en forme de crochet. Enfin, au mois de juillet 1844, trois ou quatre mois après la rétraction, les douleurs cessèrent peu à peu, mais les parties restèrent dans la position vicieuse qu'elles avaient prise ; les membres inférieurs maigrirent et s'atrophièrent notablement.

Le 20 novembre 1846, époque de l'entrée de la malade à l'hôpital, elle présentait l'état suivant :

Les deux jambes sont dans une flexion légère, la gauche surtout ; il y avait une extension considérable et abduction très-légère des pieds ; flexion de tous les orteils. La flexion est complète et s'étend aux dernières phalanges, ce qui indique l'action du muscle long fléchisseur des orteils.

Si l'on veut rendre aux parties leur position naturelle, la malade éprouve d'assez vives douleurs à la face postérieure de la jambe. On sent alors les tendons d'Achille tendus, durs et plus ou moins saillants. Des tentatives, faites pour redresser la jambe, ne déterminèrent pas de tension manifeste sur les muscles demi-tendineux, demi-membraneux, droit antérieur et biceps. Toute tentative d'extension faite sur les orteils était très-douloureuse. On sentait des tendons durs et tendus à la plante du pied, probablement ceux du long fléchisseur des orteils.

Y a-t-il tension de l'aponévrose plantaire et du court fléchisseur ? C'est ce que l'on ne peut, pour ainsi dire, déterminer en ce moment.

Les règles ne sont pas revenues.

En résumant la série des symptômes actuels, on voit :

1° Que la jambe, les pieds et les orteils sont dans une attitude vicieuse et permanente;

2° Que la cause de cet état n'est pas due à une maladie des articulations, puisque les mouvements sont possibles et sans douleurs dans de certaines limites, et que nulle part on ne trouve de trace de maladie articulaire ;

3° Que cet état est dû à ce que certains muscles sont raccourcis, ainsi que le démontrent la saillie et la tension des tendons de ces muscles, lorsque par des tractions modérées on tend à éloigner leurs attaches. Ces muscles sont les jumeaux et solaires, les longs fléchisseurs des orteils, le jambier postérieur et le long fléchisseur du gros orteil à un moindre degré; en un mot, tous les muscles de la face postérieure de la jambe;

4° Les muscles qui sont ainsi raccornis sont en même temps affectés d'un certain degré d'atrophie, ainsi que le montrent l'amaigrissement et même la disparition du mollet.

Cet état des muscles, autrefois peu connu, et bien étudié surtout dans ces derniers temps, a été désigné sous le nom de rétraction musculaire. Il est caractérisé :

1° Physiologiquement, par le raccourcissement permanent du muscle et l'impossibilité où il est de reprendre sa longueur primitive ;

2° Anatomiquement, par la diminution du volume du muscle, l'atrophie de sa portion charnue (la partie fibreuse ne changeant pas, et devenue ainsi plus apparente et proportionnellement plus considérable) circonstance qui a pu faire croire à quelques observateurs que la partie fibreuse s'était réellement accrue aux dépens de la portion musculaire.

Quelle est la cause de cet état pathologique? La rétraction musculaire n'est pas une altération primitive des muscles. Le plus souvent elle est précédée d'un état de contracture qui a quelque analogie avec la contraction que détermine la volonté, dans ce sens que le muscle se trouve dans les conditions organiques qu'il présente pendant les contractions volontaires : raccourcissement du muscle effectué aux dépens du corps charnu, qui gagne en épaisseur ce qu'il perd en longueur; mais qui est involontaire, continu, quelquefois douloureux, surtout quand on cherche à le surmonter par des tractions en sens opposé à celui dans lequel il s'opère.

La rétraction musculaire peut cesser, soit spontanément, soit par un traitement approprié ; et dans ce cas, si elle n'a pas duré trop longtemps, le muscle reprend sa longueur naturelle ; mais

si elle est ancienne, le muscle s'atrophie peu à peu, la fibre musculaire subit la transformation que j'ai indiquée ; le muscle devient en réalité plus court, et prend peu à peu les caractères de la rétraction musculaire.

Ainsi, la contracture est un raccourcissement tonique, dynamique, inflammatoire peut-être, qui peut cesser; tandis que la rétraction, effet de la contracture et peut-être aussi de l'immobilité absolue dans laquelle le muscle se trouve placé, est un raccourcissement organique permanent.

En analysant les symptômes présentés par notre malade, on y trouve la succession des phénomènes propres à ces deux états. Ainsi, au début de la maladie, ont paru des douleurs dans les deux jambes ; celles-ci se sont bientôt accompagnées de la déformation du membre, c'est-à-dire de la flexion de la jambe, extension et adduction du pied, flexion des orteils; ce fut la période de contracture. Puis ces douleurs ont peu à peu disparu sans que le membre reprît son attitude normale : le mollet s'est atrophié; on a eu enfin la seconde période, celle de rétraction.

La plupart des observateurs, principalement Delpech et M. Guérin, ont établi la cause de la plupart des contractures dans le système nerveux, source de la contractilité musculaire. Dans notre cas, il faut éloigner toute étiologie de ce genre, attendu que l'on ne trouve ici aucune trace d'affection nerveuse, soit congestive, soit convulsive, soit spasmodique, la contracture des muscles du mollet seulement ne pouvant être qu'une affection locale.

Quelquefois, les muscles deviennent le siége de la contracture et de la rétraction, parce qu'ils se trouvent au voisinage de parties enflammées. Chez notre malade, rien de semblable.

La syphilis peut porter son action sur les muscles et déterminer chez eux un état phlegmasique particulier, qui produit la contracture et la rétraction.

Tous les auteurs admettent cette étiologie, qui, suivant M. Ricord, appartient aux phénomènes tertiaires de la syphilis. Chez notre malade, aucun antécédent de ce genre ; d'ailleurs, la contracture syphilitique paraît avoir son siége électif dans les muscles fléchisseurs de l'avant-bras et s'accompagne de douleurs nocturnes.

Le rhumatisme est incontestablement une cause de contracture. J'en ai vu, dit M. Robert, plusieurs exemples, et notamment au muscle sterno-mastoïdien et aux muscles latéraux du cou. Il paraît avoir été aussi la cause de la contracture dont notre malade a été affectée. En effet, cette jeune femme habi-

tait depuis trois ans un logement très-humide. Sa santé en était déjà altérée, et elle était chlorotique, lorsque, tout à coup, elle fut prise de douleurs dans une jambe d'abord, puis dans l'autre. Les douleurs furent ensuite suivies de la déformation des membres. On reconnaît bien là la cause et la marche du rhumatisme.

De tout ce qu'on vient d'exposer, on peut conclure qu'il s'agit dans le cas actuel d'une contracture rhumatismale des muscles de la partie postérieure des deux jambes, peu à peu suivie de la rétraction des muscles contractés.

L'état de cette malade est grave. Les muscles rétractés ne peuvent reprendre leur longueur que par deux moyens :

1° Par un effort permanent exercé sur les deux attaches, de manière à les éloigner pour faire subir au muscle une prolongation graduelle, lente, douce, et le ramener peu à peu à son état normal. L'orthopédie nous fournit les moyens propres à atteindre ce but ; mais ils ne peuvent convenir que dans les cas où la maladie est peu considérable et pas ancienne. Chez notre malade, on agirait difficilement sur les longs fléchisseurs des orteils.

2° Par la ténotomie, qui a l'avantage d'obtenir, en quelques jours et d'une manière plus large et plus facile, les effets de l'orthopédie. Toutefois, comme le passage de la contracture à la rétraction est lent et insensible, on doit employer d'abord, dans le cas actuel surtout où il est permis de supposer que le mal n'est pas ancien, les bains, les douches, les frictions, etc.

La ténotomie est le moyen par excellence dans ces sortes d'affections. Uue fois, M. Robert a fait cesser instantanément par ce moyen des douleurs musculaires très-vives.

On a procédé, après l'emploi des moyens indiqués, à la section du tendon d'Achille gauche.

On lui a ensuite appliqué un appareil pour redresser les pieds. Mais le redressement ne se faisait pas, les douleurs étaient très-vives dans les tentatives qu'on faisait pour les redresser, et on a reconnu que d'autres obstacles mécaniques existaient qu'il fallait détruire. M. Robert a alors pratiqué la section d'autres tendons musculaires de la jambe et du pied, et surtout de l'aponévrose plantaire. Après ces opérations ténotomiques, les pieds ont pu être redressés, et, à l'aide des appareils orthopédiques auxquels on les a assujettis successivement, le résultat a été complet. La malade, il est vrai, a dû garder le lit environ trois mois, mais elle a quiité l'hôpital dans un état on ne peut plus satisfaisant. Nous l'avons vue encore ces jours-ci, par conséquent plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital ; nous l'avons trouvée engraissée

et se promenant facilement sans aucune sorte d'appui. C'est un des beaux résultats que nous avons observés des opérations ténotomiques, appliquées à ces cas de difformité.

---

21. *Note sur la saignée*; par le docteur Lucien Papillaud, médecin à Porto-Alègre, au Brésil.

(Gazette médicale de Paris, N° 13; 1848.)

Coloration du sang veineux. — Les observations faites sur les simples caractères physiques du sang peuvent paraître bien déchues aujourd'hui, à côté des recherches chimiques et microscopiques dont ce liquide est actuellement l'objet; mais comme il n'est pas donné à tous les médecins de procéder à l'aide du microscope et des réactifs, et que d'ailleurs ces mêmes caractères physiques, qui étaient déjà importants avant les travaux actuels d'analyse, peuvent le devenir plus encore par leurs rapports avec les caractères chimiques et microscopiques, il nous semble que ce sujet mérite encore de n'être pas délaissé.

Nous nous bornerons, dans cette note, à parler de la coloration du sang veineux extrait par la saignée, et des déductions qui peuvent s'y rattacher. Nous avons observé deux colorations, la noire et la rouge, lesquelles ont des degrés variables d'intensité.

1° *Coloration noire.* — Le sang veineux normal est noir. Chez les sujets pléthoriques, à sang riche et abondant, cette couleur est encore plus prononcée, et quelle que soit l'affection pour laquelle on saigne, on trouve toujours, pourvu que ce soit au début, le sang très-noir. Cette couleur dépend-elle de ce que le sang de ces sujets possède toutes ses qualités et proportions normales, ou bien de ce qu'il renferme un excès de ses éléments riches, fibrine et hématosine? ou dépend-elle d'un trop-plein vasculaire qui ralentit la circulation et par conséquent retarde la conversion du sang noir en sang rouge et *vice versâ?* Peut-être de ces trois causes à la fois. Du reste, chez les sujets pléthoriques (et cela est, nous le répétons, indépendant de l'état pathologique pourvu qu'il soit peu avancé), le pouls est plein, large, développé, quelquefois fort, plus rarement vibrant, mais jamais très-fréquent. Rarement il dépasse 100 à la minute. Cette marche modérée de la circulation dépend probablement de la surabondance du liquide circulatoire qui, dilatant les vaisseaux, leur fait perdre une partie de leur élasticité et résiste jusqu'à un certain degré à l'action impulsive du cœur et des artères. Cette condition de la circulation coexistant à peu près constamment avec la coloration très-noire du sang veineux, on doit supposer qu'elle en est une des causes principales.

L'intensité de la coloration noire du sang veineux doit varier en raison de circonstances individuelles, propres à la constitution des sujets et aux qualités de leur sang; mais des circonstances accidentelles peuvent aussi avoir quelque influence sur ce phénomène. Tel est le degré de constriction exercé par la ligature pendant la saignée. On sait qu'on ne trouve pas toujours sans tâtonner le point convenable de cette constriction, que parfois elle va jusqu'à gêner beaucoup et même interrompre le cours du sang dans l'artère brachiale. Lorsque l'application de la bande à saigner a précédé de longtemps l'ouverture de la veine, le sang qui sort pendant la première ou les premières minutes est très-noir, mais il perd peu à peu cette coloration foncée à mesure que les veines se dégorgent. Voilà ce qui a pu faire dire à quelques observateurs que souvent le sang sortait noir d'abord et rouge ensuite. Ce ne sont là que deux degrés d'une même coloration (la coloration noire) et non deux colorations différentes. On a expliqué ces variétés de couleur par l'influence oxygénante de l'air à travers la peau. Cette explication ne supporte pas l'examen. Si elle était juste, ce serait d'abord le premier jet du sang qui serait rouge et non celui du milieu et de la fin de la saignée, comme cela s'observe, parce que ce premier jet est fourni par un sang, qui remplit déjà depuis une ou plusieurs minutes les veines et les capillaires superficiels et qui aurait été le plus exposé à la prétendue action oxygénante de l'air, tandis que c'est tout le contraire qui arrive. Lorsqu'à un sang foncé en couleur succède un sang qui l'est moins, c'est celui qui vient rapidement des vaisseaux profonds, mêlé à celui qui passe plus rapidement qu'avant dans les vaisseaux superficiels, et qui a le moins subi l'action médiate de l'air. De plus, la coloration rouge, produite par l'action oxygénante de l'air, devrait être à peu près constante et surtout très-prononcée chez les sujets à peau fine et transparente, tandis quelle devrait être à peu près nulle et très-rare chez ceux qui présenteraient des conditions opposées. Or il n'en est rien.

En relâchant la bande à saigner trop serrée, on facilite l'abord du sang artériel, et cette circonstance fait prendre une nuance plus claire au jet du sang veineux. Les mouvements musculaires, en activant la circulation, concourent au même résultat.

La dimension de l'ouverture de la veine a aussi sa part d'influence. Une ouverture très-étroite, donnant passage à un jet très-fin et très-long qui souvent se divise en deux ou trois branches et tombe en gouttelettes, exposera le sang dans un état de division à l'action de l'oxygène de l'air, et il coulera rouge dans le vase destiné à le recevoir ; tandis qu'une large ouverture, donnant issue à

un flot de sang qui coule en nappe ou à un jet gros et court, soustraira une partie du liquide au contact de l'oxygène qui n'altérera pas sa couleur. Enfin la phlébotomie du pied fournit un sang moins foncé que celle du bras.

On a prétendu avoir observé deux colorations noire et rouge, existant simultanément dans le même jet de sang veineux. Nous croyons qu'il est difficile, sinon impossible, de faire cette observation. Ce phénomène, s'il existe, doit être fort rare ; nous ne l'avons jamais constaté. Nous pensons que ces deux colorations n'existent pas dans le jet, mais qu'on peut les remarquer dans le vase qui reçoit le sang, surtout si le jet va heurter contre ses parois. Ce qui se passe alors paraît tenir à des différences de densité et de pesanteur entre deux éléments du sang qui se séparent. Souvent, dans ces cas, on peut suivre de l'œil, dès l'instant de la chute du sang dans le vase, la séparation de la partie du liquide, destinée à former une couenne dite inflammatoire, d'avec celle destinée à la formation du caillot ; car, lorsque la saignée présente ce phénomène, elle se recouvre presque constamment d'une couenne.

On dit avoir observé le sang sorti rouge au commencement de la saignée et noir à la fin. Nous n'avons pas encore vu les nuances se succéder dans cet ordre. Nous nous résumons par les conclusions suivantes :

Règle générale : 1° Le sang normal et le sang riche sortiront noirs par la saignée veineuse, pratiquée au début d'un état pathologique quelconque, ou pratiquée dans l'état de santé.

2° Cette coloration noire peut varier d'intensité en raison de conditions individuelles, et de plus en raison de circonstances accidentelles, dont on devra tenir compte quand on voudra donner une valeur séméiologique à ce caractère du sang.

3° L'intensité de la coloration noire sera à peu près constamment en raison directe du développement et de la lenteur du pouls.

2° *Coloration rouge.* — Le sang veineux rouge est loin d'être rutilant et vermeil comme le sang artériel ; il ressemble mieux à celui des capillaires, mais il est beaucoup plus terne. On a avancé que le sang veineux rouge était *normal et sain.* Il suffit d'énumérer rapidement les cas dans lesquels cette coloration s'observe pour démontrer combien cette opinion est erronée. Or la coloration rouge du sang des saignées s'observe presque invariablement :

1° Dans la période ou l'état pyrétique des affections dites asthéniques ;

2° Dans ces mêmes affections asthéniques, quoique l'état pyrétique n'existe pas;

3° Dans les diverses cachexies;

4° Dans les affections anémiques;

5° Dans la dernière période des maladies chroniques;

6° Dans la dernière période des maladies aiguës, alors qu'il y a épuisement, prostration et tendance à la mort.

Si le sang était normal et sain dans les cas que nous venons de citer, quand donc serait-il anormal, quand donc serait-il malade? Pour nous, en considérant les conditions essentiellement anormales et morbides dans lesquelles se rencontre la coloration rouge du sang veineux, nous n'hésitons pas à regarder ce liquide ainsi coloré comme malade et altéré.

Dans l'état pyrétique, la coloration rouge coexiste presque toujours avec un pouls extrêmement fréquent et dépressible. De sorte qu'on pourrait presque établir *à priori* que, le pouls d'un adulte ou d'un vieillard dépassant 120 à la minute, la saignée veineuse, chez ce sujet, donne issue à du sang rouge.

Le sang rouge veineux est beaucoup moins chaud que le sang noir; il ne présente pas, comme ce dernier, diverses nuances dépendant des circonstances accidentelles de la saignée; le plus ou moins de constriction de la ligature, la syncope, les mouvements musculaires, rien de tout cela ne paraît modifier sa couleur, qui semble être inhérente à sa qualité et l'effet d'une altération quelconque. Jamais le sang extrait à un sujet d'une santé normale ne présente la coloration rouge, sauf quelques exceptions excessivement rares et qui ne peuvent infirmer la règle. Très-rarement ce sang rouge se recouvre d'une couenne; il forme ordinairement un caillot petit, recoquillé, nageant dans une grande quantité de sérum. Une proportion de sérum anormale par excès paraît coexister avec cette coloration morbide du sang.

Conclusions. — D'après ce que nous venons d'exposer, nous croyons pouvoir conclure que la coloration noire du sang veineux tient à son état normal ou à un excès de ses éléments riches, tandis que la coloration rouge résulte d'une altération de ce fluide dans son ensemble ou dans les proportions de ses éléments, avec prédominance du véhicule liquide sur la portion coagulable.

Une saignée, pratiquée pour satisfaire à un usage habituel ou sur un sujet que vient de surprendre un accident imprévu, donnera du sang normal et plus ou moins coloré en noir. La saignée faite à l'occasion d'une phlegmasie, surtout à son début, donnera également du sang noir, bien qu'anormal, ce qui fait

supposer que la présence d'un excès de fibrine n'est pas étrangère au degré plus ou moins foncé de cette coloration. Néanmoins on doit tenir compte d'un état pléthorique antérieur, et par conséquent d'un excès globulaire préexistant, qui est une des conditions les plus importantes de la thèse inflammatoire.

Dans les dernières périodes des fièvres typhoïdes où le sang est évidemment altéré dans son ensemble, celui que fourniront les saignées sera rouge.

Dans la phthisie, la chlorose, où le sang est altéré dans ses proportions, celui qui sortira par la saignée sera encore rouge.

Nous voyons encore dans ces exemples la diminution des globules et celle de la fibrine coexister avec la diminution de la teinte foncée du sang veineux normal. Néanmoins, le sang des scorbutiques, où la fibrine seule paraît faire défaut, tandis que les globules sont normaux, semble faire une exception.

Dans presque tous les cas, la coloration rouge du sang veineux sera une contre-indication de la saignée, non pas parce qu'il est normal et de bonne qualité, comme on l'a dit, mais pour une raison toute opposée, c'est-à-dire parce qu'il est anormal ou altéré. De même qu'il est des états pathologiques du canal digestif, du poumon, du cœur, du cerveau, qui interdisent certaines médications qui seraient applicables et peut-être avantageuses, si ces organes étaient à l'état normal, il est aussi des états pathologiques du sang qui interdisent les émissions sanguines, quel que soit leur but. Quand on fait une médication quelconque, il faut quelque chose de résistant pour servir de point d'appui au levier qui doit remuer l'organisme; si ce point d'appui est pris sur des organes ou des fluides malades, il fait défaut.

Dire que, le sang étant reconnu malade, il y a indication d'en extraire, c'est professer une grave erreur, c'est émettre une idée contraire au raisonnement et à l'observation, et renouvelée de l'humorisme empirique des anciens. Quand le sang est malade, il faut le modifier et le guérir, et non l'extraire.

Quand on saigne, on se propose d'agir sur l'économie tout entière par l'intermédiaire du liquide circulatoire; mais si ce liquide a déjà changé ses conditions physiologiques pour des conditions pathologiques, l'influence médicale de la médication sera changée aussi.

La coloration noire indiquera *qu'on peut saigner*. Mais c'est dans d'autres signes et dans d'autres symptômes qu'il aura fallu rechercher et trouver, avant, l'indication de la saignée. Ainsi, l'indication de la phlébotomie étant établie, la coloration noire

du sang veineux confirme son opportunité et témoigne que l'état du liquide circulatoire permet d'employer ce moyen sans inconvénient.

En résumé, trouverons-nous, dans la coloration noire ou rouge du sang des saignées, beaucoup d'inductions pratiques ? Non : et cela parce que l'état du sang doit nous être à peu près connu d'avance chez le malade que nous allons soumettre à une médication, et parce que le diagnostic d'une maladie doit être reconnu avant de procéder au traitement. Nous n'attendrons pas l'examen du sang pour diagnostiquer la pléthore, l'apoplexie, la pneumonie, et dans les cas opposés, dans les anémies, dans la dernière période des maladies chroniques, dans la période adynamique des maladies aiguës, que Dieu nous préserve de tirer du sang à nos malades !

Il y a cependant certaines pyrexies continues ou périodiques, surtout quelques fièvres typhoïdes, dans lesquelles l'état du sang ne peut pas être apprécié *à priori*. Dans ces cas, la coloration rouge devra faire renoncer à la saignée ou rendre très-modéré dans son emploi, tandis que la coloration noire donnera lieu à une induction contraire.

Lorsqu'on saigne des sujets qui sont devenus malades dans les conditions débilitantes de travaux pénibles, d'alimentation insuffisante et de mauvaise qualité, et de la saison d'été, on trouve ordinairement le sang rouge, que la maladie soit de nature sthénique ou asthénique. Si on est obligé de tirer du sang à ces malades, on doit songer à réparer cette déperdition par l'usage du fer et des toniques végétaux, dès que leur administration deviendra opportune,

Quand les phthisies, après avoir miné sourdement l'existence à l'état latent, se révèlent tout à coup par d'abondantes hémoptysies, on saigne assez souvent les malades et on obtient un sang rouge, qui devrait contre-indiquer de répéter la saignée si déjà l'on était fixé sur la nature de l'affection. Ce fait, du reste, prouve que la coloration rouge du sang veineux ne tient ni à une hématose ni à une oxygénation quelconques, puisque les portions de poumon envahies par des tubercules ne donnent au cœur que du sang non hématosé, ce sang passant par un cercle circulatoire particulier, arrivant par les artères bronchiques ou intercostales, et revenant au cœur par le système veineux pulmonaire, comme l'ont démontré les recherches de M. Natalis Guillot et de quelques observateurs étrangers. Si la coloration rouge tenait à une hématose quelconque, et la coloration noire à un défaut d'oxygénation suffisante, ce serait alors chez les phthi-

siques, et dans les cas les plus avancés, que nous rencontrerions le sang le plus noir comme conséquence de cette modification de la circulation dans leurs poumons, tandis que nous le trouverions le plus rouge, chez les sujets à organes sains accomplissant parfaitement la respiration et l'hématose. Or c'est tout le contraire que nous observons.

Chez les habitants des pays chauds, qui sont communément très-pâles, le sang est pauvre en hématosine et en fibrine, et celui qu'on leur retire par la saignée veineuse est d'un rouge terne et fournit un caillot très-mince. Chez ces sujets, il faut être très-réservé en fait d'émissions sanguines.

En comparant ces deux résultats de l'observation, nous voyons que la coloration rouge du sang veineux se trouve liée comme phénomène primitif ou secondaire à des états physiologiques ou pathologiques très-différents, puisque nous la rencontrons chez les phthisiques, malgré une anomalie circulatoire qui verse du sang non hématosé dans le cœur gauche, et que nous la trouvons aussi chez les habitants des pays chauds, dans leur état de santé ordinaire qui résume l'ensemble des conditions opposées à la phthisie. Remarquons cependant que, malgré cette apparence de variabilité, ce phénomène est toujours concomitant d'un état de débilitation de l'organisme en général, et particulièrement d'appauvrissement du sang, quelles qu'en soient les causes et quelles que soient les conditions au milieu desquelles ces modifications se sont accomplies.

OPHTHALMOLOGIE. — 22. *Note sur la tumeur lacrymale vénérienne;* par le docteur TAVIGNOT, ancien chef de Clinique des maladies des yeux à l'hôpital de la Pitié.

(Journal des Conn. médico-chir., janvier 1848.)

Peu d'auteurs ont fixé l'attention sur la part que peut prendre la syphilis constitutionnelle dans la production de la tumeur et de la fistule lacrymales; la plupart des oculistes ont bien, il est vrai, rangé la vérole parmi les vices généraux susceptibles de produire l'obstruction et l'ulcération du réservoir des larmes; mais il y a loin d'une énonciation aussi vague à la description d'une maladie: or, la tumeur lacrymale de nature vénérienne ressemble assez, au premier abord, aux autres tumeurs lacrymales, pour qu'il soit possible de la confondre avec elles; et cependant elle diffère trop de celles-ci, sous le rapport du traitement qu'elle réclame, pour que le praticien n'ait pas le plus grand intérêt à éviter une erreur de diagnostic.

On va juger maintenant, par les quelques citations que nous

allons faire, combien les ophthalmologistes se sont jusqu'à présent peu occupés de l'affection que nous allons essayer de mieux faire connaître...

H. Boerhaave, parlant des causes de la tumeur lacrymale, dit : « S'il s'élève à cet endroit (l'os unguis et l'apophyse montante de l'os de la mâchoire) une tumeur, alors le sac est comprimé comme il arrive à l'occasion d'un polype. — La même maladie arrive dans la vérole, savoir : l'exostose de cet os qui produit la compression. » (*Des maladies des yeux*, p. 21.)

Saint-Yves n'est guère plus explicite. « Les fistules lacrymales qui procèdent, dit-il, d'un levain écrouelleux, vénérien, ne peuvent être guéries qu'en détruisant les mauvais levains qui les entretiennent. (*Nouv. traité des mal. des yeux*, p. 63.)

J. Janin a été un peu plus loin ; il rapporte une observation propre à éveiller l'attention sur ce sujet :

« Il s'agit d'une dame qui eut, à la suite d'une maladie vénérienne, une exostose à l'apophyse angulaire du coronal, d'où résulta un flux de larmes habituel. La tumeur osseuse comprimait si fort le sac lacrymal, que les points lacrymaux ne pouvaient plus transmettre dans leur réservoir le fluide qu'ils pompaient. Quoique la malade eût été traitée et guérie d'une gonorrhée compliquée de chancres, il y avait encore lieu de présumer que cette exostose avait pour principe un virus verolique, surtout d'après les douleurs lancinantes et momentanées qu'elle avait dans cette partie pendant la nuit, au point de lui causer souvent de insomnies. » — ... J. Janin ajoute que cette tumeur disparut en l'espace de 46 jours, ainsi que le larmoiement, par un traitement mercuriel. Il n'y a pas eu de récidive. (V. *Mémoires et obs. anat. physiol. et physiq. sur l'œil*, p. 322.)

Sans indiquer la nature syphilitique de quelques tumeurs lacrymales, Demours s'exprime ainsi sur une circonstance particulière qui pourrait se rapporter à notre sujet :

« Il en est un assez rare qui se dissipe le dernier (il parle des symptômes qui se rencontrent dans le coin de l'os unguis). C'est une petite exostose que l'on ne peut reconnaître par le toucher que lorsqu'elle se manifeste au rebord orbitaire, au-devant du sac lacrymal ; probablement, en effet, des exostoses fort petites se forment quelquefois à la surface du canal osseux qui renferme le canal lacrymal. Le cours naturel des larmes se rétablit quand ces petites exostoses disparaissent. » (*Précis sur les maladies des yeux*, p. 212.)

« Les rétrécissements et les oblitérations du canal nasal peuvent encore dépendre, dit Chélius, d'autres causes que de l'inflam-

mation de la muqueuse ; ils peuvent être formés par des altérations des os, des caries, surtout suite de syphilis. » (*Traité prat. d'ophthalmologie*, t. II, p. 55.)

Walter, qui admet des dacryocystites (de δακρύω, je pleure, et κῦστις sac), varioleuse, morbilleuse, scarlatineuse, psorique, scrofuleuse, parle dans les termes suivants de la dacryocystite vénérienne : « L'emploi du mercure est indiqué dans la dacryocystite syphilitique; aussi l'usage de l'onguent napolitain à l'extérieur produit-il de très-bons effets. » Il ajoute : « On voit fréquemment des caries osseuses être la suite de cette inflammation du sac lacrymal. (*Traité théor. et pathol. des mal. des yeux*, t. I, p. 195.)

Ce sont là les seules notions que nous ayons rencontrées sur la tumeur lacrymale vénérienne, dans les différents traités des maladies des yeux que nous avons consultés. En effet, la plupart des oculistes passent sous silence la syphilis considérée comme cause d'obstruction des voies lacrymales ou se contentent de l'indiquer en passant et à propos de l'étiologie ; mais aucun d'eux n'entre dans des détails circonstanciés et propres à faire reconnaître cette maladie.

On trouve bien encore, çà et là, dans les différents recueils périodiques, des exemples d'obstruction des voies lacrymales dont on peut rapporter le développement au virus vénérien ; mais ces faits eux-mêmes, par la manière dont ils ont été interprétés, nous excusent suffisamment d'appeler l'attention sur ce sujet; car on s'est préoccupé beaucoup plus, dans ces cas particuliers, de rétablir, par des moyens violents, la liberté du canal nasal oblitéré, que de guérir l'obstructien elle-même en attaquant sa cause première; j'ajouterai encore que quelques-uns des cas dans lesquels on a tenté de créer une voie artificielle aux larmes, soit par le nez, soit par le sinus maxillaire, étaient des tumeurs lacrymales de nature syphilitique.

L'engorgement inflammatoire du sac lacrymal et du canal nasal qui produit la tumeur et, plus tard, la fistule lacrymale, est quelquefois la conséquence de l'un des accidents tertiaires de la vérole constitutionnelle. Il peut se faire que cet accident tertiaire existe seul ; et, si l'on n'y prend garde, la maladie principale, la seule qu'il importe en quelque sorte de connaître, peut échapper au médecin.

L'accident dont nous voulons parler est une hypérostose du maxillaire supérieur, portant spécialement sur son apophyse montante, qui concourt, comme on le sait, à former les voies lacrymales ; ordinairement, il existe en même temps un commen-

cement de nécrose de l'os incisif, et si l'on ébranle légèrement les dents incisives, elles se déplacent, non pas dans leurs alvéoles où elles restent assez solidement fixées, mais avec l'os qui les supporte, et qui est lui-même devenu mobile.

Telle est la lésion pathologique produite par la vérole constitutionnelle, que M. Ricord a le premier fait connaître avec détails, et dont nous avons observé plusieurs exemples.

La cause, sous l'influence de laquelle la maladie des voies lacrymales s'est développée, joue ici le principal rôle, et c'est elle qu'il faut s'efforcer de saisir en la suivant, en quelque sorte, pas à pas au milieu de ses diverses manifestations. — Le malade a eu d'abord un chancre ; dans les six premiers mois qui ont suivi son développement, à supposer qu'il n'ait point fait de traitement mercuriel, en général, il s'est manifesté des accidents secondaires, tels que engorgement des ganglions cervicaux, chute des cheveux, état pultacé des amygdales, éruption à la peau, etc. Cependant, on n'oubliera pas que ces symptômes précurseurs peuvent avoir été retardés dans leur apparition par une certaine dose de mercure, administrée pendant la durée du chancre ou après sa disparution. Il y a plus, les accidents secondaires sont susceptibles de manquer d'une manière complète, surtout si le traitement préventif par les mercuriaux a été dirigé convenablement ; et alors l'état diathésique se traduit d'emblée à l'extérieur par les manifestations tertiaires de la vérole, et à une époque quelquefois très-éloignée du moment de l'infection. On comprend de suite combien il est important de ne pas oublier ce point de doctrine, soutenu avec tant de talent par M. Ricord pour saisir, à défaut d'enchaînement régulier, les rapports si étroits qui existent entre le développement antérieur d'un chancre et la formation d'une tumeur lacrymale vénérienne.

En effet, le symptôme qui caractérise le mieux la dacryocystite ordinaire, est la présence d'une tumeur molasse, élastique, demi-fluctuante, située vers l'angle interne de l'orbite, et ordinairement placée au-dessous du tendon de l'orbiculaire, mais quelquefois aussi en voyant un prolongement au-dessus de lui.

Lorsque l'on presse sur elle, cette tumeur se vide, dans le plus grand nombre des cas, soit par les points lacrymaux, soit par le canal nasal, ou bien encore simultanément par ces deux voies. Une fois le liquide muco-purulent, qui distendait le sac, évacué, il est possible de constater, avec la pulpe de l'index, les rapports normaux des saillies que l'on rencontre dans cette région de la face, et la régularité de la conformation de la charpente osseuse de ce côté comparée avec celle du côté opposé.

Dans la tumeur lacrymale vénérienne, au contraire, la distension exagérée du sac ne constitue pas toute la difformité ; le plus souvent on constate sur les parties latérales du nez, correspondant au sillon naso-facial et dans la direction du canal nasal, une tuméfaction dure et résistante à la pression produite par l'hypérostose du maxillaire supérieur ; ce gonflement osseux devient plus prononcé encore lorsqu'il s'étend jusqu'à l'apophyse montante du maxillaire.

Cette exostose ou cette périostose, car ici une pareille distinction n'est pas toujours possible et serait d'ailleurs à peu près inutile, n'a pas toujours pour siége exclusif l'apophyse montante de l'os maxillaire, elle peut se rencontrer également sur l'apophyse angulaire du frontal, sur l'os unguis lui-même, et, dans ces divers cas, se trouver en rapport avec le sac lacrymal. Celui-ci est comprimé, le cours des larmes est interrompu ; il se développe une tumeur et, plus tard, une fistule lacrymale. Lorsqu'on examine le sujet à cette période de la maladie, on sent très-distinctement, le sac étant préalablement vidé, à la place de la gouttière formée par l'os unguis, une saillie plus ou moins prononcée, ayant une consistance insolite : c'est l'exostose dont nous parlons, et qui est limitée ou non limitée à la région qui nous occupe actuellement. — Plus tard, et à un degré plus avancé de l'affection, le sac, fortement comprimé et chassé en quelque sorte de la place qu'il occupait, ne contient plus de liquide, ou n'en contient plus qu'une minime quantité ; ses parois restent accolées l'une contre l'autre, au-devant de la tumeur osseuse qui a pris sa place et que l'on pourrait peut-être confondre avec un sac lacrymal fortement distendu, si ce n'est toutefois la dureté caractéristique de l'exostose qui ne permet pas de se tromper.

Lorsque les voies lacrymales se trouvent oblitérées tout d'abord par leur partie supérieure et au niveau du sac, les symptômes inflammatoires, propres à la dacryocystite, sont en général peu prononcés, et le sac s'ulcère rapidement avant d'avoir subi une très-forte distension ; il n'en est plus de même quand le gonflement porte en premier lieu sur les parois osseuses du canal nasal ; l'obstruction du sac passe alors par les différents degrés de la dacryocystite ordinaire, et, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, elle parcourt les différentes phases que nous lui avons assignées ailleurs. (Voy. *Traité clinique des maladies des yeux*, p. 597.)

Il n'est guére plus difficile de reconnaître l'hypérostose du canal nasal, à l'aide du cathétérisme, qu'il ne l'était tout à l'heure de diagnostiquer, par le palper, la tuméfaction osseuse siégeant

au niveau du sac lacrymal. Nous nous servons pour cette exploration de la sonde de Laforest, modifiée par M. Serres, d'Uzès.

La tumeur lacrymale vénérienne, méconnue et abandonnée à elle-même, donne naissance à des accidents toujours très-fâcheux : ainsi les exostoses finissent par s'ulcérer, et la carie survient ; ou bien les parois osseuses du canal se rapprochent, la membrane fibro-muqueuse qui le double est détruite, et le conduit des larmes est supprimé.

Il y a, comme on le voit, de graves inconvénients à méconnaître la véritable origine de la tumeur lacrymale vénérienne ; cependant l'erreur de diagnostic est encore plus préjudiciable au malade lorsqu'on ne se borne pas à laisser marcher l'affection, mais qu'on essaie encore de l'enrayer par des moyens intempestifs. En effet, supposez qu'on implante une canule ou qu'on introduise un séton dans les voies lacrymales, qui sont le siége d'une exostose ou d'une périostose, n'est-il pas évident, à supposer que l'on ait réussi à pratiquer convenablement et malgré les difficultés que l'on a rencontrées dans l'une ou l'autre de ces opérations, n'est-il pas évident que le moyen employé ne fera qu'ajouter aux désordres existant au lieu de les faire disparaître ?

Nous ne voulons pas dire, cependant, que toujours et d'une manière absolue les moyens chirurgicaux ordinaires soient contre-indiqués, dans le traitement de la tumeur lacrymale syphilitique. En effet, il peut arriver que l'élément muqueux des voies lacrymales ait souffert plus ou moins pendant que l'élément osseux était tuméfié et exostosé. Il est possible qu'après la guérison complète de l'affection spécifique le canal soit resté plus ou moins rétréci ; l'affection ayant été traitée à une période trop avancée, les voies lacrymales ne sont pas toujours susceptibles de redevenir perméables aux larmes ; alors la manifestation diasthésique ou le symptôme vénérien une fois éteints par des remèdes appropriés, il reste encore à chercher le moyen le plus propre à combattre ses effets ; mais il est rare, lorsqu'on traite l'accident vénérien consécutif en temps convenable et avant qu'il ait fait de grands progrès, que le cours des larmes ne se rétablisse pas d'une manière normale.

La tumeur lacrymale syphilitique peut-elle exister seule et sans autre symptôme de vérole constitutionnelle ? Oui assurément. Observe-t-on quelquefois, comme unique symptôme dénotant l'existence d'accidents tertiaires, une exostose isolée de la clavicule ou du tibia ? On comprend de suite toute l'importance de la question que nous venons de poser et de résoudre par l'affirmative ; car lorsqu'on constate, en même temps que la tumeur lacry-

male, d'autres symptômes syphilitiques, on est naturellement sur la voie du diagnostic ; tandis que l'erreur est bien plus facile à commettre dans le cas contraire.

En admettant l'existence isolée de la tumeur lacrymale vénérienne, nous avons procédé logiquement, mais seulement par analogie, car jusqu'ici nous n'avions pas encore, à vrai dire, observé un seul cas, dans lequel il n'existât aucun symptôme concomitant, ajoutant toutefois que cette coïncidence, à laquelle nous faisons actuellement allusion, est elle-même susceptible de passer inaperçue : nous voulons parler de la vacillation des dents, due à un commencement de nécrose de l'os incisif, ou plutôt de cette portion du maxillaire supérieur qui correspond à l'os incisif.

La tumeur lacrymale vénérienne a des caractères propres qui résultent de l'exostose de l'un ou de plusieurs des os qui forment les voies lacrymales ; à elle seule, elle est un symptôme de vérole constitutionnelle, qu'il convient de traiter par les moyens qui sont indiqués à la période des accidents tertiaires. Ces caractères eux-mêmes seront encore utiles à connaître pour éviter une erreur de diagnostic, opposée à celle que nous avons indiquée plus haut... Ainsi un malade a eu la vérole et il a actuellement une tumeur lacrymale ; s'ensuit-il pour cela que cette tumeur lacrymale soit syphilitique ? Certainement non, eût-il actuellement des accidents consécutifs tertiaires ; il peut y avoir simple coïncidence.

Mais on n'oubliera jamais que, dans les cas où le doute est possible, il faut toujours avoir recours, en premier lieu, au mode de traitement, qui offre le moins d'inconvénients et le plus d'avantages réels. Si la tumeur lacrymale coexistant avec des accidents vénériens n'est pas syphilitique, on aura toujours le loisir de la traiter ultérieurement par les moyens ordinaires ; dans le cas contraire, elle disparaîtra avec les autres symptômes et sous l'influence des mêmes agents thérapeutiques.

Il nous resterait actuellement à faire connaître le traitement propre à la tumeur lacrymale vénérienne, si ce traitement n'était déjà connu à l'avance. Il s'agit ici d'un accident tertiaire de la vérole ; or, l'observation a démontré que le médicament le plus efficace dans cette forme de la syphilis était l'iodure de potassium. Nous commençons ordinairement à administrer au malade 50 centigrammes, puis 1 gramme, 1 gramme 50 centigrammes. Nous arrivons ainsi jusqu'à 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Ce traitement est continué sans interruption, à moins d'accidents intercurrents qui forcent de suspendre momentané-

ment son emploi, pendant deux ou trois mois, selon les cas particuliers. A cette époque, le cours des larmes est ordinairement rétabli d'une manière normale. Si quelques symptômes de dacryocystite persistent encore, passé cette époque, il faut alors songer à leur opposer les moyens ordinaires ; car ce n'est plus là une affection spéciale, mais la conséquence, le résultat de l'existence antérieure de celle-ci ; de même que dans l'iritis syphilitique, après avoir triomphé complétement de l'élément morbide, on aurait tort de vouloir prolonger indéfiniment l'administration des mercuriaux pour combattre la déformation de la pupille, activer l'absorption des dépôts plastiques ou provoquer la disparition des adhérences contractées par l'iris avec la capsule antérieure du cristallin : accidents qui sont consécutifs à la maladie, mais qui n'ont conservé aucune empreinte de son caractère spécifique.

---

23. *Quelques considérations sur les variétés de la cataracte. Opération par extraction.*

(Gazette des Hôpitaux, N° 7 ; 1848.)

Nous avons dans nos salles un homme, âgé de soixante et un ans, affecté de cataracte, et qui nous a raconté les antécédents que disent tous les sujets atteints de la même maladie. Aussi ne nous y appesantirons-nous pas ; mais nous essayerons de vous présenter quelques considérations pratiques sur les symptômes que présentent les individus qui se trouvent dans ces circonstances.

Placé devant le malade, on aperçoit dans l'œil droit, dans le champ de la pupille, une tache blanche postérieure à l'iris, mais assez rapprochée de cette membrane ; dans l'œil gauche une tache semblable, mais plus profonde. La vue de l'œil droit est tout à fait perdu ; celle du côté opposé ne l'est pas complétement. Cette tache est blanche, uniforme, sans apparence nacrée ou resplendissante, comme on l'observe dans certaines espèces de cataractes, sur lesquelles nous allons revenir tout à l'heure. Sans être placée très-profondément, on reconnaît cependant qu'elle est sur un un plan postérieur à celui sur lequel se trouve l'iris ; et ce qui le prouve, c'est qu'avec un peu d'attention et en examinant l'œil dans certaines positions, il est facile d'apercevoir l'ombre projetée par l'iris sur la surface blanche dont nous parlons, et qui n'est autre que le cristallin. La présence de cette ombre portée prouve et que la tache est située derrière l'iris, et qu'un certain espace les sépare.

La pupille n'est pas adhérente, elle a conservé toute sa mobi-

lité. Je vous ai dit que la vision était complétement perdue de l'œil droit; ce n'est que de lui que nous voulons nous occuper aujourd'hui. La cataracte est cristalline pure, c'est-à-dire que le cristallin seul est opaque, la capsule conservant sa transparence. C'est en effet un des caractères de cette variété que la coloration uniforme et l'absence de stries, de ces reflets chatoyants, nacrés, que l'on rencontre quelquefois.

Un autre caractère de la cataracte cristalline pure, c'est qu'elle reste toujours à une certaine distance en arrière de la pupille ; l'appareil cristallinien n'augmente pas de volume, comme on l'observe dans la cataracte capsulo-lenticulaire. Mais tout simple qu'il paraît être, ce caractère n'est pas extrêmement facile à apprécier, à moins de quelque habitude, et il faut avoir vu un certain nombre de cataractes pour le reconnaître, et encore est-il nécessaire de faire prendre au malade une position convenable. Dans la cataracte capsulo-lenticulaire , il y a contact entre la membrane opaque et l'iris; aussi est-il toujours impossible, quelle que soit la position que l'on fasse prendre au malade, de voir l'ombre portée par la circonférence de la pupille.

Voilà le principal caractère auquel on reconnaît la cataracte cristalline. Maintenant il y a des variétés, la tache est un peu plus jaune dans certaines circonstances que dans d'autres, un peu plus ou un peu moins profonde, etc. Aussi est-il difficile d'affirmer toujours d'une manière positive la nature de la maladie. C'est pour cette raison que nous avons dit que nous pensions que cette cataracte actuelle est cristalline. Nous laissions entrevoir qu'il serait à la rigueur possible qu'elle fût capsulo-lenticulaire; mais alors elle rentrerait dans la classe de celles qui n'ont pas un volume plus considérable que les cataractes cristallines, et ce ne serait qu'au moment même de l'opération que l'on pourrait s'apercevoir de cette circonstance.

En général il est possible d'établir, d'après l'aspect, si la cataracte est cristalline ou capsulo-lenticulaire. Tandis que la première offre une coloration d'un blanc laiteux, grisâtre ou jaunâtre, la seconde est le plus ordinairement nacrée, brillante et comme argentée. En général la coloration est plus prononcée au centre qu'à la circonférence, dans les cataractes lenticulaires ; tandis que, dans les cataractes capsulaires, elle occupe indifféremment l'un ou l'autre point de la membrane cristalline. Cependant il est des cas, et ceux-là sont exceptionnels, où la capsule prend la même teinte que le cristallin lui-même, n'est ni nacrée, ni verdâtre, ni chatoyante. Nous insistons sur ces variétés de coloration, parce que l'aspect nacré indique toujours une cataracte capsulo-lenti-

culaire. De même aussi pourrez-vous porter le même diagnostic, lorsque vous apercevrez, à la surface de la lentille, des stries, des filaments d'une coloration plus blanche que le reste. Ainsi lorsque l'état nacré, les stries, etc., existent, vous pouvez toujours vous prononcer pour l'existence d'une cataracte capsulo-lenticulaire; mais si ces caractères n'existent pas, tout en pensant que vous avez affaire à une cataracte cristalline, vous devez conserver quelques doutes, car il est à la rigueur possible qu'elle soit capsulo-lenticulaire.

Un autre point de la question est celui-ci : Cette cataracte est-elle dure ou est-elle molle? On n'a, pour se prononcer sur ce point, qu'un seul signe, qui exige une grande habitude, c'est la coloration de la cataracte. La difficulté est d'autant plus grande que les cataractes ne sont pas toujours exclusivement dures ou molles; il en est qui offrent à la fois ces deux caractères, c'est-à-dire qu'elles sont dures à leur centre et molles à leur périphérie. Cependant, on peut établir d'une manière générale que la teinte blanc-laiteux appartient plus spécialement aux cataractes molles, tandis que les cataractes dures offrent plutôt un aspect d'un blanc sale ou même jaunâtre. Chez le malade dont nous vous entretenons aujourd'hui, nous pouvons mettre ces connaissances à profit. La coloration tire sur le blanc un peu sale, mais très-légèrement, ce qui nous porte à croire que la cataracte n'est pas absolument dure, qu'elle est demi-molle.

En thèse générale, plus les sujets sont vieux, plus les cataractes sont dures ; plus ils se rapprochent de la jeunesse ou de l'enfance, plus elles sont molles.

Quel est le procédé opératoire que nous emploierons chez ce sujet, car nous n'avons rien autre chose à faire qu'un opération? Nous avons eu déjà l'occasion de vous rappeler qu'il est assez difficile de se prononcer, nettement et d'une manière absolue, sur la valeur comparative de l'opération par extraction ou par abaissement, et sur la préférence que l'on doit avoir pour l'une ou pour l'autre. Chacune de ces méthodes a des avantages et des inconvénients. L'une et l'autre peuvent être défendues par de bonnes raisons. J'ai déjà pour ma part résumé, quant au manuel opératoire, ces différentes raisons en disant que, lorsque l'on opère une cataracte par extraction, en général on est sûr de ce que l'on fera; quand on opère par abaissement, on n'est au contraire jamais certain de ce que l'on fera. Dans un travail que j'ai présenté à la Société de chirurgie, j'ai étudié avec grand soin tous les procédés d'abaissement donnés par les auteurs, et je suis arrivé à cette conséquence que, dans la majorité des cas, on ne

peut obtenir les résultats, que chacun de ces auteurs propose d'après sa description. Il est difficile d'opérer par abaissement de la manière indiquée par les auteurs. La difficulté tient surtout à la capsule cristalline. Ainsi, par exemple, on introduit dans l'œil une aiguille à cataracte ; on abaisse le cristallin et la capsule ; à peine la pression a-t-elle cessé que le cristallin remonte et reprend sa place ; on cherche à déchirer la capsule, très-souvent on n'y parvient pas ; on cherche à passer derrière la capsule, mais en vain, les difficultés sont énormes.

Veut-on, au contraire, pratiquer l'extraction ? Le plus souvent, on y parvient avec la plus grande facilité, et tous les temps de l'opération s'exécutent de la manière la plus aisée. Nous ne voulons pas vous décrire ici le manuel opératoire de l'extraction et de l'abaissement. Nous voulons seulement vous faire comprendre que, quant à l'exécution, le chirurgien est plus sûr de son fait en pratiquant l'extraction que l'abaissement. Ce qui ne veut pas dire que nous proscrivons complétement l'abaissement, qui peut donner aussi d'excellents résultats.

Mais la question est de savoir si les conséquences définitives de l'une des deux opérations sont meilleures que celles de l'autre ; si, en même temps qu'elle est plus facile, l'extraction donne en résumé plus de succès que l'abaissement, dont nous regardons l'exécution comme difficile et souvent incertaine. Pour notre part, et d'après notre expérience personnelle, nous préférons, et comme exécution et comme résultat, le procédé par extraction.

— A la suite de cette conférence clinique, M. Gosselin a habilement pratiqué, sur le malade qui en avait fait le sujet, l'opération par extraction, qui a en effet été exécutée avec facilité. Comme l'avait annoncé le professeur, la cataracte était cristalline et de consistance demi-molle.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. — 24. *Quelques observations nouvelles sur l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie ;* mémoire lu à l'Académie des sciences, le 14 février 1848, par M. A. Brierre de Boismont.

(Gazette médicale de Paris, N° 13 ; 1848.)

Il est une forme de folie qui, par la rapidité de sa marche, la variété de ses symptômes, la fureur qui la caractérise, a été con-

sidérée pendant longtemps comme le type du genre : c'est la manie. Mais si l'ensemble des symptômes a quelque chose de formidable, il est consolant de penser que c'est aussi l'espèce qui guérit le plus promptement, surtout à l'état aigu.

Tous les auteurs ont établi par des faits nombreux que la manie guérissait mieux et plus vite que les autres espèces de folie. En examinant la durée du traitement dans plusieurs de leurs statistiques, on trouve que, des 238 maniaques traités par Esquirol, le plus grand nombre guérit du deuxième au quatrième mois. La guérison des 88 maniaques, cités par MM. Aubanel et Thore, eut surtout lieu entre le premier et le quatrième mois. Dans notre visite aux hôpitaux de Bethlehem et de Saint-Luke, à Londres, nous avons constaté que les guérisons les plus nombreuses commencent le deuxième mois et continuent jusqu'au septième. Ainsi, en résumé, dans tous les pays où les aliénés sont l'objet de soins éclairés, la guérison de la manie exige généralement six semaines à deux mois de traitement. La méthode que nous allons faire connaître à l'Académie des sciences, et sur laquelle nous avons déjà lu, il y a un an et demi, un travail à l'Académie de médecine, est donc, dans notre opinion, bien préférable, puisque, dans l'immense majorité des cas, sa durée est d'une semaine et ne dépasse pas quinze jours.

Les sujets de notre premier mémoire étaient au nombre de 72. Sur ce chiffre, 61 ont guéri après un traitement qui, pour les trois quarts, n'a pas dépassé huit jours, et qui, pour les autres, ne s'est pas prolongé au delà de deux semaines.

Le moyen employé pour obtenir ces résultats a consisté dans l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues. Les malades sont restés huit, dix, douze, quinze heures au bain, dans des baignoires couvertes, recevant en même temps sur la tête un filet d'eau.

La température du bain était de 28 à 30° centigr., celle de l'irrigation de 15°. Quand les malades sortaient de l'eau, la chaleur variait entre 18 et 20°.

L'action thérapeutique des bains est facile à concevoir. Par la diminution de la circulation et de la respiration, le relâchement de la peau, l'extinction de la soif, l'introduction d'une quantité considérable d'eau dans l'économie, évaluée par Falconnet à 3 livres par heure, l'excrétion d'une urine abondante et limpide, la tendance au sommeil, l'état de repos, les bains doivent être essentiellement rangés dans les médicaments relâchants et calmants. Ils suppléent la saignée, sur laquelle ils ont l'avantage de ne point enlever un principe souvent indispensable.

Depuis la lecture de notre premier travail, 25 nouvelles observations ont été recueillies par nous, soit dans notre établissement, soit en ville; le tableau suivant en fera connaître les espèces et les terminaisons.

		Guérisons.	Non guéries.	Rechutes.	Morts.
Manies aiguës,	6	4	1	»	1
Exaltations maniaques,	7	7	»	»	»
Manies puerpérales,	2	2	»	»	»
Manies intermittentes,	1	»	»	»	»
Délire des ivrognes,	2	2	«	»	»
Monomanies aiguës,	7	4	»	3	»
	25	19	1	4	1

Les guérisons les plus nombreuses et les plus constantes ont porté, comme dans notre premier travail, sur les manies aiguës et l'exaltation maniaque.

Le pronostic de la manie aiguë, traitée par les bains prolongés et les irrigations continues, a été constamment favorable, sauf un seul cas, lorsque la maladie était récente.

Nous avons également pu annoncer la guérison ou l'amélioration dans les manies aiguës qui avaient eu des accès antérieurs, mais en ayant soin de prévenir que nous craignions les récidives. L'issue a été heureuse dans le délire des ivrognes, la manie puerpérale et la plupart des monomanies aiguës. Notre pronostic a été défavorable dans les manies intermittentes périodiques, dans les manies avec commencement de démence, d'épilepsie, de paralysie générale. L'hérédité, sans être un obstacle à la guérison, est une circonstance désavantageuse.

La manie chronique a été seulement améliorée. Le traitement a été sans résultat dans le cas où la manie aiguë se rapprochait du délire aigu à forme hystérique, avec refus des boissons.

Chez plusieurs malades, l'agitation s'arrête dès les premières heures; chez d'autres, elle continue pendant la plus grande partie du bain; le plus ordinairement le calme survient après six, sept et huit heures. En général, le désordre revient quelques heures après ou dans le milieu de la nuit. L'immersion du corps dans l'eau déterminait un refoulement du sang vers les centres, souvent appréciable à la tête par la rougeur, la tension; nous avons obvié à cet inconvénient en faisant tomber pendant des heures entières un filet d'eau sur le sommet de la tête.

Quelque préférence que nous accordions aux bains prolongés, nous n'hésitons pas à leur associer les émissions sanguines, les purgatifs, les émétocathartiques, lorsque cela nous a paru nécessaire. Comme beaucoup d'aliénés flairent ce qu'on leur donne et rejettent tout ce qui a une saveur et une odeur quelconques,

nous mélangeons à leurs boissons ou à leurs aliments le calomel seul ou uni à l'émétique.

Nous ne nous appesantirons point sur les avantages d'une méthode qui soustrait le cerveau, dans un délai beaucoup plus court que les autres traitements, à ces effrayantes secousses, qui ne lui laissent pas un instant de repos et le modifient si profondément. Il n'est personne qui ne regarde, comme un véritable perfectionnement, une médication qui n'enlève rien à l'organisme, et dont l'influence thérapeutique s'explique aussi facilement. L'Académie, qui a déjà encouragé nos efforts pour séparer de la folie certaines formes de délire, donnera, nous l'espérons, son approbation à un mode de traitement d'une exécution facile, qui peut être appliqué ailleurs que dans les établissements spéciaux, qui l'a été avec succès par plusieurs praticiens, dont l'emploi immédiat est d'une utilité immense dans les cas de l'espèce où les malades guérissent d'autant mieux que les secours leur sont plus promptement donnés.

Les faits contenus dans ce nouveau travail nous autorisent donc à maintenir nos premières conclusions, auxquelles nous en ajouterons d'autres que l'expérience nous a suggérées ; mais avant de les formuler, nous donnerons l'extrait d'une observation qui donnera une idée de l'action puissante de ces bains.

Un seul exemple fera connaître l'action de ces bains. Le 3 décembre 1846, on amène une jeune femme de 24 ans, qui depuis quatre jours, à la suite de couches, a été prise d'un délire maniaque avec cris, agitation extrême ; elle reste quelques moments tranquille, puis le délire éclate. Conduite au bain, elle n'a plus une parole raisonnable et ne cesse de crier. Lorsqu'on la retire, au bout de dix heures, elle est un peu plus calme. L'agitation, les cris reparaissent dans la nuit ; il faut lui mettre la camisole. Un second bain de douze heures ne change point le délire. Dans la nuit, elle rompt ses liens, brise en un clin d'œil tous les carreaux avant que sa garde puisse la maintenir. Je la vois à cet instant, le désordre était effrayant ; elle nous a dit depuis qu'elle se croyait entourée de serpents prêts à la dévorer. Un troisième grand bain est donné, l'agitation se calme ; il y a des lueurs de bon sens. Au cinquième grand bain, la raison était complétement revenue, et elle put donner, le septième jour de sa maladie, à un des membres de cette illustre assemblée qui avait déjà observé plusieurs faits semblables, les renseignements les plus précis sur ce qui lui était arrivé, et qu'elle appelait elle-même un accès de folie.

1° Les formes aiguës de la folie, et de la manie en particulier,

peuvent être guéries dans un espace de temps compris entre une et deux semaines.

2° Le traitement à employer consiste dans les bains prolongés et les irrigations continues.

3° Le ralentissement de la circulation et de la respiration, l'introduction d'une grande quantité d'eau dans l'économie, la réfrigération générale et graduée, démontrent que ces bains ont une action essentiellement calmante et sédative.

4° La durée des bains doit être en général de dix à douze heures; elle peut être prolongée jusqu'à quinze et dix-huit heures.

5° Les irrigations doivent être continuées pendant toute la durée des bains; on peut les suspendre quand le malade est tranquille.

6° Les bains doivent être donnés à la température de 28 à 30° centigr. et les irrigations à celle de 15°.

7° De toutes les formes de la folie, celle qui cède le mieux à l'action des bains prolongés et des irrigations continues, est la manie aiguë; viennent ensuite le délire aigu simple, le délire des ivrognes, la folie des femmes en couches et les monomanies avec symptômes aigus; mais dans plusieurs de ces formes, les guérisons ne sont ni aussi rapides ni aussi constantes que dans la manie aiguë.

8° La période de convalescence doit être surveillée avec soin, parce que les rechutes ne sont pas rares, lorsque les individus sont trop brusquement exposés à l'influence des causes qui ont occasionné la maladie.

9° Lorsque la manie aiguë se rapproche du délire aigu à forme ataxique et avec refus des boissons, le traitement est sans efficacité.

10° La manie ancienne ou aiguë prolongée, la manie chronique avec agitation, ont été améliorées, mais n'ont pas guéri par ce traitement.

11° D'après les faits contenus dans les deux mémoires, on peut affirmer que les guérisons des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie, sont plus nombreuses et plus promptes par les bains prolongés et les irrigations, que celles obtenues par les autres méthodes; car, tandis que, par celles-ci, la durée moyenne du traitement est d'environ six semaines, elle n'est que de huit jours par celle des bains prolongés et des irrigations.

12° Les bains prolongés et les irrigations continues nous paraissent devoir être très-utiles dans les affections hystériques et dans plusieurs autres maladies nerveuses avec excitation.

13° Les bains prolongés sont sans inconvénient; la fatigue qu'ils peuvent déterminer se dissipe avec rapidité; ils ne privent l'organisme d'aucun principe important, et ils ne laissent point après eux ces débilitations profondes, si souvent observées après les saignées abondantes et dont la démence a été plus d'une fois la terminaison fatale.

14° L'emploi des bains prolongés n'est point nouveau dans la science; mais jusqu'à présent cette méthode d'une application facile, et qui peut être essayée partout, n'avait point été formulée dans les cas de l'espèce. Leur union avec les irrigations constitue d'ailleurs un procédé nouveau.

Dans un prochain mémoire, nous ferons connaître les avantages qu'on peut tirer de la vie de famille dans le traitement de la mélancolie et en général des formes tristes de la folie.

XII. GÉNÉRALITÉS.

25. *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules;* par A. Legrand, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

(Revue médicale, janvier 1848.)

On peut avancer, sans crainte d'être contredit, qu'il n'est peut-être pas un médecin, ayant déjà quelques années de pratique, qui n'ait observé plusieurs fois, chez un même individu, la coïncidence fâcheuse de symptômes scrofuleux avec la présence de tubercules, soit dans les poumons, soit dans quelque autre point de l'économie.

Les affections scrofuleuses, même quand elles restent pures de toute complication, sont encore, sans nulle espèce de doute, des maladies graves, très-graves même, puisqu'elles peuvent dans quelques cas, assez peu nombreux heureusement, se terminer par la mort. Mais enfin on peut dire qu'elles sont curables, soit qu'on les combatte par les préparations ferrugineuses, soit par les préparations d'or, soit par l'iode et ses composés, soit par les huiles de foie de morue et de raie, plus applicables toutefois au traitement du rachitisme, soit par les toniques, soit enfin par un régime convenable. Cette heureuse condition de curabilité, elles la perdent presque nécessairement, sitôt qu'elles se compliquent de la présence de tubercules dans les poumons ou dans le cerveau, puisque dans l'etat actuel de la science il est encore permis,

malheureusement, de douter de la curabilité des affections tuberculeuses du poumon et du cerveau.

Nous avons cru devoir réserver ici les affections tuberculeuses du mésentère, vu leur curabilité dans quelques cas, condition qui devra amener à rechercher si le *carreau* ne diffère des autres affections tuberculeuses que par son siége, ou s'il en diffère essentiellement.

Quoiqu'il en soit de cette dernière réserve, on voit de prime abord l'immense intervalle qui sépare les maladies scrofuleuses des affections tuberculeuses, celles-ci étant presque nécessairement mortelles, tandis que les premières sont presque toujours curables.

De la première proposition qu'on a formulée au début de ce mémoire, de la coïncidence fréquente des scrofules avec des tubercules, on arrive facilement à conclure à l'analogie qui existe entre ces deux affections. Cette analogie ne se trouve-t-elle pas encore mieux établie par ce fait, fréquemment observé par l'auteur de ce mémoire, de la transformation, *par la filière de la génération*, des affections tuberculeuses en maladies scrofuleuses, et *vice versa*, mais en reconnaissant que cette seconde condition est moins fréquente que la première, qu'elle est même contestable ?

Les maladies scrofuleuses sont curables, avons-nous dit, les affections tuberculeuses ne le sont généralement pas. Cette différence dans le résultat final doit être la conséquence de quelque différence, existant dans l'essence même des deux maladies. Et, un intervalle aussi grand existant entre elles, il intéresse à un haut point de l'agrandir encore en rendant plus saillants les points de dissemblance existant entre ces deux ordres d'affection. Oui, c'est ainsi qu'il faut procéder jusqu'à ce qu'il soit, au contraire, permis de combler l'intervalle qui les sépare en découvrant quelque agent thérapeutique ou quelque nouvelle méthode de traitement qu'on puisse heureusement opposer aux affections tuberculeuses proprement dites.

Il faut donc, dans un intérêt scientifique et dans un intérêt humanitaire, rechercher avec un soin minutieux si cette différence qui existe dans l'essence de ces deux maladies ne se trahit pas par quelques symptômes qui permettraient de mieux établir le diagnostic entre elles deux, ce qui constitue la science du médecin, et de proclamer son pronostic longtemps à l'avance, ce qui fait sa gloire. Et puis son diagnostic reposant sur des bases plus solides, il pourrait marcher d'un pas plus ferme vers la guérison, qui doit être le but constant de ses efforts ; car c'est là ce qui constitue l'utilité des sciences médicales.

Commençons donc par établir la fatale analogie qui existe entre les tubercules et les scrofules ; nous rechercherons ensuite les points qui les différencient.

Dans cette double investigation, nous nous efforcerons de ne marcher jamais qu'éclairé du flambeau de l'anatomie pathologique, convaincu que nous sommes que nous ne pourrons jamais nous égarer, tout le temps qu'il nous sera permis de nous avancer au milieu des lumières qu'il projette de toutes parts dans la science. Si elles viennent à nous manquer, nos pas sans doute deviendront plus timides, et, si nous n'atteignons point absolument le but indiqué par le savant Portal, nous nous efforcerons du moins d'en approcher le plus près possible.

Parmi tous les symptômes, considérés pendant longtemps comme purement scrofuleux, figurent en première ligne les engorgements des glandes du cou, désignés antérieurement sous le nom d'*écrouelles*, et que nos rois (1) prétendaient avoir seuls le pouvoir de guérir. Morton (mort en 1698), *qui excellait*, disent les biographes, *dans la cure de la phthisie*, nous paraît être le premier qui ait soupçonné la corrélation qui existe entre les ganglions cervicaux et la présence de tubercules dans les poumons, et il a écrit, à propos de la *phthisie pulmonaire*, ces mots pleins de justesse et qui prouvent toute la sagacité de ce médecin : ET TUMORIBUS SCROFULOSIS SUMENDUM EST DIAGNOSTICUM.

Plusieurs faits, observés dès l'année 1831, nous ont permis d'apprécier toute la valeur de cette phrase, qui peut être considérée comme un véritable aphorisme. Ainsi, au mois de décembre de cette année (1831), nous fûmes appelé pour donner des soins à la sœur Ursule, qui était déjà arrivée à la dernière période de la phthisie pulmonaire et qui ne tarda point à succomber. Elle était arrivée à la communauté six mois avant de mourir, et elle portait au côté gauche du cou un engorgement glanduleux considérable ; elle n'avait pas tardé à cracher du sang (2), et ensuite la matière de l'expectoration était devenue purulente. L'engorgement avait dès ce moment commencé à diminuer, et au fur et à mesure que les poumons devenaient plus malades, il

(1) Clovis (né en 405 — mort en 511) paraît être le premier qui ait eu cette prétention, partagée plus tard par un roi d'Angleterre (Édouard, *le Confesseur*, qui florissait en 1041), prétention singulière, mais qui prouve, qu'à cette époque reculée, on connaissait en Europe les maladies scrofuleuses et leur incurabilité.

(2) On nous verra souvent, dans le cours de ce Mémoire, invoquer l'*Hémoptysie* comme un moyen de diagnostic au sujet de la tuberculisation pulmonaire. C'est qu'en effet, nous sommes fort convaincu, avec MM. Andral et Louis, que c'est un des moyens les plus certains de diagnostic, quand la percussion et l'auscultation ne fournissent encore aucuns renseignements.

allait décroissant au point qu'au moment de la mort il en restait à peine des traces.

Nous avons encore momentanément soigné (février 1836) le jeune B***, qui mourut à l'âge de 11 ans 5 mois en offrant tous les signes les plus évidents de la phthisie pulmonaire, et toutes les circonstances, qui avaient précédé sa mort, confirmaient ce diagnostic. — Il portait au cou les traces de nombreux et anciens engorgements des glandes, et plusieurs de ces glandes, quoique en grande partie fondues, suppuraient encore au moment de la mort. B*** était malade depuis six ans, et c'était aussi chez lui par l'engorgement des glandes du cou qu'avait débuté sa maladie.

Engorgement et ulcération des glandes du cou. — Guérison par l'oxyde d'or par la potasse, à l'intérieur. — Dix-huit mois après, mort par la phthisie pulmonaire.

Obs. I. — En 1841, on amena à notre consultation du Bureau de Bienfaisance, dont nous sommes un des médecins, une jeune fille (Joséphine C***), alors âgée de 12 ans. Elle portait au cou deux glandes engorgées et ulcérées déjà depuis un an ; nous apprîmes en même temps qu'elle subissait un traitement par les pilules de Belloste et une pommade dont nous ignorons la composition. De l'époque de l'invasion de la maladie à celle où elle vint nous consulter, ce fut une succession continuelle de glandes engorgées et ulcérées, qui ont laissé des cicatrices fort désagréables et deux ou trois points fistuleux, suintant encore le jour où Joséphine commenca le traitement que nous lui avons fait suivre. A ce moment même il lui restait, ainsi que nous avons dit, deux glandes engorgées, dont une ulcérée et l'autre à son début. Nous essayâmes de résoudre celle-ci ; mais, malgré nos efforts, elle vint en suppuration comme les précédentes. Sa marche cependant différa de celle des premières glandes ; elle fut franchement inflammatoire, s'accompagna de douleurs assez vives, et, quand elle s'ouvrit spontanément, elle fournit un pus bien épais, tandis que celui fourni par les autres glandes avait été semblable à du *lait caillé* (c'est ainsi que s'est exprimé la malade). En outre, cette glande, comme les abcès chauds, se vida presque complétement.

Le traitement consista dans l'usage de l'oxyde d'or par la potasse à l'intérieur, et, du 10 juillet au 4 septembre suivant, elle en consomma 85 centigrammmes. A cette dernière époque, nous la considérâmes comme guérie, et cependant nous lui fîmes prendre encore, et toujours à l'intérieur, 10 centigrammes de stannate d'or, qui parurent fatiguer la malade, et encore 10 cen-

tigrammes d'oxyde d'or par la potasse, mais cette fois en frictions sur la langue.

Au mois d'avril 1837, c'est-à-dire dix-huit mois après que cette cure fut obtenue, aucun engorgement nouveau n'était venu démentir la guérison de Joséphine C***; *mais elle succombait à une affection tuberculeuse des poumons*, contre laquelle nous avions en vain lutté. — Elle avait ressenti les premières atteintes de cette maladie en juin 1836. Après l'époque de ses règles, qui ne parurent point, elle fut prise d'un crachement de sang assez abondant; il s'accompagna d'une forte fièvre avec chaleur brûlante et sécheresse de la peau, d'oppression et d'une douleur pongitive dans l'épaule et sous la clavicule du côté droit. Nous pratiquâmes, pour combattre ces accidents, une petite saignée du bras, qui fournit un caillot à bords relevés et avec une couenne inflammatoire de plus de 2 millimètres d'épaisseur. Cette saignée, la diète, l'infusion de racine de guimauve, ne calmèrent que faiblement les crachements de sang et pas du tout la toux. Celle-ci redoublait la nuit, et fut suivie de plusieurs vomissements de pus presque pur, grisâtre, assez bien lié, quoique un peu liquide et exhalant une fort mauvaise odeur. Après ces vomissements, la toux continua et fournit une expectoration semblable à la matière des vomissements. L'auscultation et la percussion me fournirent des renseignements en rapport avec les accidents que je viens de décrire : *à droite, sonoréité moins grande, bruit respiratoire et expansion pulmonaire bien moins prononcés qu'au sommet du poumon gauche; résonnance très-marquée de la voix sous la clavicule droite.*

Joséphine C***, après avoir subi plusieurs traitements fort variés, alla mourir à la campagne dans cet état de marasme, qui contribue à caractériser la maladie qui la faisait succomber.

Dans l'observation suivante, l'autopsie viendra confirmer les phénomènes observés pendant la vie, et l'on verra l'engorgement glandulaire calquer, pour ainsi dire, sa marche sur celle de la maladie du poumon.

Engorgement d'une glande du cou qui s'abcède et qui guérit. — Premières manifestations simultanées de la présence de tubercules dans les poumons. — Après quelques années de bonne santé apparente, pleuropneumonie. — De ce moment, marche aiguë de la tuberculisation pulmonaire. — Retour simultané de l'engorgement glandulaire.

Obs. II. — Mademoiselle Marie *** est décédée le 17 juin 1834, à l'âge de 31 ans, et après cinq semaines de maladie au lit;

car son mauvais état de santé remontait à une époque beaucoup plus ancienne. La maladie qui l'avait forcée à s'aliter fut une pleuropneumonie à droite, à laquelle il fallut opposer un traitement antiphlogistique assez énergique, et que nous modérâmes le plus possible à cause des antécédents de la malade. Depuis le développement de cette phlegmasie, l'affection tuberculeuse dont Marie était atteinte depuis longtemps prit une marche aiguë et offrit en même temps tous les symptômes de la *phthisie galopante* et de la pleuropneumonie. Fièvre ardente avec de fréquents frissons, et redoublement tous les soirs ; sueurs nocturnes ; suffocations continuelles et de plus en plus violentes ; diarrhée résistant à tous les moyens; vomissement bilieux ; amaigrissement rapide et effrayant ; expectoration de plus en plus abondante de crachats purulents, alternant avec des crachats de sang pur et rosé.

Les signes stéthoscopiques et la percussion confirmaient grandement le diagnostic qu'il eût été facile de porter sur cet ensemble de symptômes : manque de sonoréité à la base du poumon droit (au moment de l'invasion de la maladie aiguë) avec râle crépitant; manque de sonoréité au sommet du poumon gauche avec bruit respiratoire très-marqué de ce côté, existant aussi, mais à un moindre degré, du côté droit; bruit de craquement très-marqué sous la clavicule droite, moins à gauche ; vers la fin, pectoriloquie dans la fausse sus-épineuse gauche, gargouillement.

L'*autopsie cadavérique* est venue confirmer tout ce qu'on avait pu prévoir d'après l'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer. Au sommet du poumon gauche, plusieurs cavernes, dont une assez considérable pour y loger une grosse noix, plusieurs autres moindres tubercules nombreux et à tout état ; à droite, mêmes conditions, mais à un état moins avancé ; à la base du même poumon, épanchement assez considérable, vestiges d'une inflammation ancienne et adhérences nombreuses entre les deux plèvres. Il ne nous a été permis que d'ouvrir la cavité thoracique.

Une circonstance particulière et qui a trait à l'objet principal de ce mémoire, fut le développement inflammatoire, avec formation rapide d'un pus liquide sans doute mais homogène et abondant, d'une glande située au côté gauche du cou, sous l'os maxillaire inférieur. A l'époque où nous fûmes appelé auprès de Marie (15 octobre 1843), cette glande était parfaitement cicatrisée, et il n'existait là aucun engorgement. Du reste, déjà à cette même époque, les signes stéthoscopiques nous avaient permis de diagnostiquer la présence de tubercules dans les poumons.

Cette glande, dont il nous faut maintenant faire l'histoire, s'é-

tait développée à l'âge de 25 ans, sans qu'il se fût manifesté aucun dérangement dans la santé de Marie. Elle arriva par un accroissement lent à présenter le volume d'un petit œuf de pigeon. C'est alors qu'on consulta un médecin qui conseilla la teinture d'iode et une pommade avec l'hydriodate de potasse ioduré. Il fallut suspendre l'iode à l'intérieur, parce que les premiers crachements de sang (soit simple coïncidence, soit fâcheux effet du médicament), coïncidèrent avec son usage ; la malade n'en prit que pendant une quinzaine de jours et à la dose de quatre à cinq gouttes matin et soir.

La glande ne tarda point à s'enflammer et s'abcéda ; mais l'engorgement persistant, la suppuration n'en amenant pas la résolution, un chirurgien pratiqua une longue incision, qui fut suivie d'une suppuration de plus en plus abondante, qu'on entretint et qu'on excita encore par des pansements irritants ; ce qui procura la résolution complète de l'engorgement et une cicatrisation qui paraît devoir être définitive : nous avons vu ce qu'il en fut !

Nous ne croyons pas qu'on puisse citer un exemple, où la marche d'un engorgement glandulaire soit mieux liée à celle de la tuberculisation pulmonaire, quoique rien n'ait pu faire présumer la présence de tubercules dans la glande engorgée.

Cette coïncidence se retrouve chez de plus jeunes sujets.

Engorgement d'une glande du cou. — Traitement par l'iodure de potassium ; l'oxyde d'or par la potasse. Guérison. — Dix-huit mois après, pleuropneumonie, mort. — Tubercules dans les poumons et dans les ganglions bronchiques.

Obs. III. — Léon N*** avait 2 ans lorsque nous fûmes consulté pour lui (26 octobre 1844) ; il portait, au côté droit du cou, sous la branche latérale de l'os maxillaire inférieur, une glande engorgée qui était déjà rouge et douloureuse. Cet enfant offrait un aspect chétif, il avait l'air malingre, son teint était terreux, et il avait évidemment de l'oppression. Nous nous rappelons aujourd'hui ce qui nous frappa beaucoup moins alors, qu'il avait la respiration abdominale. La percussion et l'auscultation, pratiquées à plusieurs reprises et avec soin, ne fournirent aucun renseignement. Malgré cela, sur la présence de l'engorgement glandulaire du cou, sur l'aspect général de l'enfant, nous n'hésitâmes point à diagnostiquer la présence de tubercules dans les poumons.

Nous ne donnerons point l'histoire circonstanciée de cet engorgement, qu'il fallut ouvrir le 18 novembre, malgré les appli-

cations locales avec le sous-carbonate de plomb et à l'intérieur l'iodure de potassium, peut-être à doses trop faibles. Et cependant il fallut renoncer à son usage (janvier 1845); car il était sans action sur la glande et il parut exercer une influence peu favorable sur la santé générale. Il n'en fut pas de même pour l'oxyde d'or par la potasse, qui fut immédiatement donné, incorporé dans des pastilles de chocolat. Si, pendant ce nouveau traitement, l'engorgement ne fit aussi vers la guérison que des progrès fort lents, du moins la santé générale commença-t-elle à s'améliorer, et l'enfant prit-il de la force et de la vie, tout en restant toujours assez chétif. En juin on cessa tout traitement, sauf les applications topiques avec l'*onguent miraculeux* (1).

A la fin de juin 1845, Léon eut une fièvre catarrhale, qui fut sans aucune importance, mais qui prouva avec quelle facilité reparaissait l'oppression, qui avait cependant considérablement diminué.

Au mois de janvier (1846), la glande était entièrement dissipée et cicatrisée, au moment où il survint une seconde fois une fièvre catarrhale qui cette fois mit la vie en danger. Léon était déjà depuis plus de trois mois entièrement rétabli, quand la coqueluche détermina le développement de la maladie, qui l'a fait succomber. Dès la première visite (5 août 1846), l'auscultation me permit de reconnaître, par suite de l'absence absolue de tout bruit respiratoire, l'existence d'une pneumonie qui avait envahi tout le poumon droit. La percussion (et il est bon de le noter), donna une sonoréité à peu près égale pour les deux côtés de la poitrine. Ce qui nous frappa surtout, ce fut l'accélération effrayante de la respiration et l'extrême angoisse, la pénible agitation auxquelles était en proie ce jeune enfant. Nous fîmes une médication fort active (émissions sanguines répétées, vésicatoire, potions avec l'oxyde blanc d'antimoine, puis avec le tartre stibié); mais l'enfant n'en succomba pas moins trente-six heures à peu près après la première visite.

L'*autopsie cadavérique* fut faite trente heures environ après la mort.

L'*habitude extérieure* n'offre rien de remarquable, qu'un assez grand développement de l'abdomen; les traces d'un vésicatoire en activité au bras gauche; celles d'un vésicatoire récent à la partie postérieure gauche du thorax et *au côté gauche du cou*, sous la branche latérale de l'os maxillaire inférieur, *la cicatrice de la*

(1) C'est un onguent de la *pharmacopée Wurtembourgeoise*, dans laquelle il entre plusieurs préparations de plomb, du savon et du camphre.

glande dont nous avons signalé, dans l'histoire de ce malade, l'engorgement et la suppuration.

Ni le *cerveau*, ni le *canal rachidien* n'ont été ouverts, aucun symptôme pendant le cours de la maladie n'ayant attiré l'attention vers ces organes. Les *intestins*, développés par des gaz, sont aussi sains que possible et n'offrent pas même la plus légère trace d'arborisations ou d'injections; il en est de même pour l'estomac. — Le *foie* est parfaitement sain, ainsi que la *rate*.— La cavité du *péritoine* renferme des gaz et environ 500 grammes d'une sérosité bien limpide. On ne trouve, sur cette membrane, aucune trace d'inflammation ni de tuberculisation; les *glandes du mésentère* ne sont ni engorgées, ni tuberculeuses. — Le *cœur* est sain; c'est vers les *poumons* que se résument tous les désordres observés, et les causes de l'état maladif de cet enfant pendant sa vie et celles de sa mort.

Le *poumon droit* est dans toute son étendue passé à l'état d'hépatisation rouge, tout en continuant cependant d'être perméable à l'air. En le comparant au poumon gauche, qui, au premier aspect, paraît parfaitement sain, on comprend que ce n'est pas là un phénomène cadavérique, mais bien un état pathologique; aussi, son tissu est-il bien plus mou, plus friable que celui du poumon droit. Et cependant cet état du tissu du poumon malade serait insuffisant pour expliquer la mort, puisqu'il restait perméable à l'air; il rendrait encore moins compte de la non admission de l'air dans les vésicules pulmonaires et par conséquent de l'absence absolue de bruit respiratoire, que j'avais observée pendant la vie. On trouve mieux l'explication de ces deux phénomènes dans l'état de la plèvre dont les deux feuillets adhèrent intimement dans une grande étendue de leur face antérieure, de telle sorte qu'en renversant la partie antérieure de la cage thoracique, et en entraînant ainsi la plèvre costale, celle du côté droit a entraîné la plèvre pulmonaire et le poumon qu'on n'a pu en détacher qu'en l'arrachant. Cette circonstance explique, mieux que l'état du poumon, l'état d'angoisse dans lequel était cet enfant; l'accélération effrayante de la respiration, à laquelle l'adhérence des deux feuillets des plèvres apportait un obstacle douloureux et presque invincible. Ce même obstacle, sans doute ancien, explique parfaitement l'état d'oppression dans lequel vivait cet enfant. De sorte que nous sommes fort disposé à croire que l'*asphyxie*, à laquelle il a réellement succombé, reconnaissait une cause pour ainsi dire mécanique, et ne provenait point entièrement de l'état du poumon.

Antérieurement et sur le bord du sommet du second lobe de

ce même poumon, on trouve *plusieurs petites masses* tuberculeuses, *déjà à l'état crayeux*, dont une a le volume au moins d'un gros pois et offre dans son pourtour un commencement de ramollissement, tandis que les autres ont l'aspect de fragments de craie sèche et friable. Dans toute l'étendue de ce même lobe, on sent de nombreuses granulations visibles à l'œil nu et qu'il eût fallu pouvoir examiner au microscope. On en rencontre aussi dans le lobe supérieur, mais en bien moins grande quantité. Nous le répétons, le *poumon gauche* (et en regardant surtout sa face antérieure) paraît parfaitement sain, mais en arrière, presque au sommet et autour de la première division bronchique, au moment où elle pénètre dans le parenchyme pulmonaire, on trouve une *masse tuberculeuse*, grosse comme une noix, aplatie et ayant dans son voisinage d'autres tumeurs du même genre et de grosseurs variables. La matière, renfermée dans toutes ces *petites tumeurs*, qui n'était rien autre chose que les *ganglions bronchiques eux-mêmes tuberculisés* (1), cette matière, disons-nous, ressemble à de la craie (2) à peine humectée. Ce qui reste de tissu pulmonaire est fortement injecté de sang noir. On trouve encore d'autres masses de tubercules moins grosses, mais offrant les mêmes conditions physiques, accolées aussi à plusieurs autres ramifications bronchiques et toujours au moment où elles pénètrent dans le tissu du poumon. Les granulations perçues au toucher sont moins nombreuses dans ce poumon que dans l'autre. A la base du troisième lobe, on trouve ce phénomène de *stase sanguine* qui se manifeste dans les derniers instants de la vie et qu'il est bien difficile, dans ce cas du moins, de distinguer de l'état pathologique produit par l'inflammation et nommée *hépatisation rouge*.

Ce fait n'a pas pour nous seulement l'intérêt de la coïncidence d'un engorgement d'une glande du cou, avec la présence de tubercules dans les poumons, mais il démontre surtout l'influence délétère exercée par ce principe tuberculeux sur la santé générale, alors cependant qu'il n'existe pas dans les poumons de tubercules en assez grand nombre, pour que leur présence puisse

(1) On doit présumer que cette tuberculisation, vu la forme qu'elle affectait, remontait à l'origine de la maladie.

(2) Nous avons examiné cette matière avec un excellent microscope de Georges Oberhaenser, sous un grossissement de 900 diamètres, et nous avons aperçu un grand nombre de petits granules amorphes, n'offrant pas d'autres caractères que ceux qu'aurait présentés la craie. C'est avec la plus grand difficulté que nous avons pu retrouver *un ou deux globules de tubercules*, et encore étaient-ils déformés et n'avaient-ils réellement, comme caractère distinctif, que cette couleur grisâtre que leur attribue M. le docteur H. Lebert, dans son traité de *Physiologie pathologique*. — Nous n'avons trouvé, dans ces mêmes masses crayeuses, aucune trace de *cristaux de cholestérine*.

être reconnue soit par la percussion, soit par l'auscultation, circonstance qui augmente la valeur symptomatique de l'engorgement des glandes du cou.

C'est maintenant chez une personne fort âgée que nous allons retrouver cette coïncidence d'un ganglion cervical avec des tubercules dans les poumons.

Engorgement squirrheux d'une glande du cou, chez une femme de 67 ans. — Pleuropneumonie. — Mort. — Tubercules dans les poumons.

Obs. IV. — La nécropsie de la marquise de M***, à laquelle nous avons assisté le 25 octobre 1836, nous a fourni un nouvel exemple, bien curieux cette fois, de la coïncidence qu'on rencontre si fréquemment entre l'engorgement des glandes du cou et l'existence de tubercules pulmonaires.

Cette dame était âgée de 67 ans quand elle succomba pendant la convalescence imparfaite d'une pleuropneumonie double.

En procédant à l'ouverture du cadavre, nous en remarquâmes la maigreur, et nous aperçumes au côté droit du cœur, sur le trajet de la jugulaire, une glande engorgée grosse comme un petit œuf de poule, bosselée et extrêmement dure. D'après les renseignements qui nous furent donnés par plusieurs personnes qui avaient toujours vécu avec la marquise de M***, cet engorgement existait depuis l'âge de 18 à 20 ans, et l'état dans lequel nous trouvâmes cette glande, qui était presque isolée des tissus voisins et qui en fut facilement détachée, permit de présumer que ce renseignement était exact. En effet, *elle était ossifiée*, et pour pouvoir examiner sa structure intérieure, il fallut la diviser avec la scie. Nous reconnûmes, au milieu des circonvolutions ossifiées, les traces du tissu glanduleux.

Quant à l'état des poumons, nous en trouvons la description dans une lettre qui nous fut écrite alors par M. le docteur Caron du Villars, qui était le médecin de la marquise de M***, et qui avait fait l'autopsie. Le résultat qu'il nous adressa, par écrit, fut en tout conforme à nos souvenirs.

« Plèvres adhérentes aux poumons, épanchement séreux de « quelques onces dans les cavités thoraciques. *Poumons tubercu-* « *leux dans toute leur partie supérieure et postérieure*; la gauche « n'avait plus que quelques jours pour arriver à l'état de sup- « puration.

Depuis que ce mémoire est terminé, la *Gaz. des hôp.* (année 1847 n°. 97) a publié l'observation suivante, qui viendra

corroborer encore les quatre qui précèdent, et prouvera l'influence délétère du principe tuberculenx.

Engorgement prononcé des glandes lymphatiques des deux côtésdu cou. — Symptômes stéthoscopiques de la présence de tubercules dans les poumons. — Mort subite. — Tubercules à divers états, au sommet des deux poumons (1).

Obs. V. « *Clarisse* M***, âgée de 19 ans, domestique, d'une « taille moyenne, bien constituée, fut admise à l'hôpital de la « Pitié, salle Saint-Charles, n° 33, le 1er avril 1835.

« Réglée à 13 ans, elle était mal portante depuis trois mois « environ. A partir de cette époque, son appétit avait diminué ; « elle commença à maigrir, et les menstrues cessèrent de pa- « raître. Bientôt il survint de l'oppression, des douleurs de poi- « trine, de la toux, quelques frissons par intervalle, et dès le « commencement de mars, la malade fut obligée de quitter son « travail.

« A son entrée, on constata un son obcur, avec expiration « prolongée, au sommet gauche de la poitrine, et *un engorge- « ment prononcé des glandes lymphatiques des deux côtés du « cou.*

« Pendant son séjour, l'oppression et la toux furent combat- « tues par les préparations béchiques et opiacées. Plusieurs « applications de sangsues, des frictions de pommade iodurée, « des emplâtres de savon, furent employés contre le gonflement « des ganglions cervicaux, et quelques doses de sulfate de qui- « nine furent opposées à plusieurs accès fébriles, survenus dans « les derniers jours d'avril. Cependant, à part quelques varia- « tions passagères, l'état de la malade changea peu, et dans la « dernière quinzaine de mai, il était à peu près le même. »

« Le 26, on prescrivit une nouvelle application de sangsues « sur les glandes engorgées. On continua l'usage de la tisane « de mauve sucrée avec le sirop de gomme, d'une potion gom- « meuse avec addition d'un grain d'extrait gommeux d'opium et « de l'eau de Seltz, et la malade mangeait habituellement le « quart de la portion entière d'aliments. Du reste, aucun phé- « nomène nouveau ne s'était déclaré, et rien ne faisait soup- « çonner une terminaison prochaine, lorsque le 27, à la visite, « on apprit avec surprise que la malade était morte la veille à « onze heures du soir (2).

(1) Cette observation a été communiquée par M. le docteur Barth à la *Société médicale d'émulation*, dans sa séance du 2 juin 1847.

(2) C'est à cause de cette mort *survenue ainsi subitement*, que M. Barth à fait cette communication à la Société dont il est membre et où s'agitait alors la

« A l'autopsie, faite 35 heures après la mort, on trouva les « sinus cérébraux presque vides, peu d'infiltration sous-arach- « noïdienne, la substance cérébrale de couleur et de consistance « ordinaires, une cuillerée à bouche de sérosité dans chaque « ventricule, et les plexus choroïdes très-pâles. Mais les mem- « branes de la moelle allongée étaient un peu plus injectées, et « dans le corps rectiforme droit, à 7 lignes de l'union de la « moelle avec la protubérance, on découvrit un petit épanche- « ment sanguin du volume d'un petit pois, assez bien circonscrit. « La protubérance et le cervelet ne présentaient rien de parti- « culier.

« De chaque côté du cou, sous le muscle sterno-mastoïdien, « on trouva un paquet de ganglions formant une masse aplatie, « s'étendant depuis l'apophyse styloïde jusqu'au sommet du « thorax à droite, un peu moins bas à gauche, reposant en « arrière sur le plexus cervical, et comprimant la veine jugulaire, « l'artère carotide et le nerf pneumogastrique, environnés par « une membrane celluleuse injectée. Cette masse de glandes « engorgées est constituée par la réunion d'un grand nombre « de petites tumeurs, variant du volume d'un pois à celui d'une « noix, rosées en quelques points, formées en d'autres par une « matière jaunâtre plus ou moins ramollie, et pouvant en quel- « ques points s'exprimer par une pression un peu forte (1).

« Le sommet du poumon gauche est dur au toucher et con- « tient de petites masses tuberculeuses, environnées de tuber- « cules d'un moindre volume et de granulations grises de gros- « seur variable. Deux rameaux bronchiques, qui se dirigent « vers le sommet, présentent, à un pouce environ de la surface « du poumon, une dilatation en forme de renflement, tapissée « d'une membrane lisse, fine, et d'où partent plusieurs ramifica- « tions qui vont en se rétrécissant rapidement avec la surface.

« Le reste du poumon n'offrait d'autre altération que quel- « ques dilatations vésiculaires disséminées.

« Le sommet du poumon droit contenait aussi quelques gra- « nulations tuberculeuses; le lobe inférieur est d'un rouge foncé, « mais souple et résistant.

« Le cœur et les autres viscères, soigneusement examinés et

question de certaines morts subites que l'autopsie n'explique pas toujours suffisamment. Dans ce cas, il suffit, selon moi, de l'influence délétère du principe tuberculeux, qui agit, pour ainsi dire, comme un poison lent, pour expliquer que la mort arrive à un certain moment qu'on pourrait dire fixé par la nature, mais qu'il nous est impossible de prévoir.

(1) Il faut regretter que l'analyse microscopique n'ait pas bien fixé les observateurs sur la nature, *sans doute tuberculeuse*, de cette infiltration.

« décrits, ne présentaient aucune altération capable d'expliquer « la mort si rapide de cette jeune fille. »

L'engorgement des glandes du cou (*surtout si cet engorgement est tuberculeux*) est un indice si fort de la présence des tubercules dans l'économie, que si on n'en rencontre pas dans les poumons, comme cela arrive le plus souvent, il faut alors poursuivre ses investigations avec le plus grand soin, car il y a alors toute probabilité qu'on en trouvera dans quelque autre point, soit dans le mésentère comme nous allons le prouver, soit partout ailleurs.

Engorgement des glandes du cou. — Mort par une pleuropneumonie intercurrente. — Autopsie qui démontre l'absence de tubercules dans les poumons, mais leur présence dans le mésentère.

Obs. VI. — Chez un malade qui succomba en 1844, dans le service de M. Bouillaud (salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 3), à une pleuropneumonie et à une albuminurie abondante, on trouva : « tous les ganglions des régions parotidiennes et sous-maxil- « laires formant une tumeur dure, presque aussi résistante que « si elle eût été osseuse ; le volume en était à peu près quadru- « plé ; après les avoir incisés, on les trouva entièrement consti- « tués par des masses jaunâtres d'une matière molle, grenue, « ressemblant, sauf la couleur, à une bouillie de plâtre gros « grenu délayé dans de l'eau et commençant à se solidifier. « Quelques points étaient ramollis tout à fait, et on en expri- « mait par la pression un pus blanc-jaunâtre, offrant les carac- « tères les plus tranchés du tubercule fondu, du pus tubercu- « leux. » (*Gaz. des hôp.*, année 1845, n. 84). Eh bien! avec de semblables conditions, il n'y avait pas de tubercules dans les poumons, du moins M. Bouillaud ne le dit pas et c'est un observateur trop soigneux pour qu'il y eût manqué, surtout alors que leur présence, dans des poumons frappés d'inflammation, eût été un fait si favorable à ses idées théoriques sur la tuberculisation. Mais s'il n'y avait pas de tubercules dans les poumons, *il n'en était pas de même au mésentère* ! « Tous les ganglions « mésentériques offrirent indistinctement la même dégénéres- « cence (*loc. cit.*) que les glandes parotidiennes et sous-maxil- « laires. »

Non seulement il y a souvent coïncidence entre l'engorgement des ganglions cervicaux et la présence de tubercules dans quelque point de l'économie, mais les engorgements ganglionnaires affectent les même formes, la même dégénérescence

que les masses tuberculeuses, situées dans les organes intérieurs. L'observation qui précède l'avait déjà montré, celle qui suit le prouvera encore davantage.

Engorgement considérable des glandes du cou qui sont squirrheuses. — Traitement par les antiphlogistiques, le perchlorure d'or et de soude. — Mort. — Tubercules dans les poumons, le mésentère et le pancréas.

Obs. VII. —(1) « La nommée Vaillant (Marie-Elisabeth-Victoire), âgée de 30 ans, qui occupait le lit n° 8 de la salle Sainte-« Marie à l'hôpital Saint-Antoine, a toutes les apparences d'une « bonne et forte constitution. Son père et sa mère lui ont tou-« jours paru sains et bien constitués; mais le premier tenait une « conduite assez irrégulière. Elle a eu une sœur aussi forte « qu'elle et qui est morte à l'âge de 15 ans, après d'abondants « vomissements de sang, survenus à la suite d'une suppression « des règles, qui paraît n'avoir été déterminée par aucune cause « appréciable. Cette sœur portait, au moment de sa mort, un en-« gorgement des glandes du cou si considérable et si doulou-« reux, qu'il l'empêchait de tourner la tête dans tous les sens.

« Marie a eu dans son enfance beaucoup de *gourmes* dans la « tête ; on les laissa sans traitement, malgré leur quantité et « leur durée. Marie fut réglée à 15 ans, et continua de l'être « avec la plus grande régularité jusqu'en novembre 1827, et, « jusqu'à cette même époque, elle a toujours joui de la plus par-« faite santé.

« Cependant ce fut au moment de sa première menstruation « que Marie s'aperçut d'un léger engorgement d'une glande du « cou, située à gauche au-dessous de l'oreille. Cet engorgement « s'étendit peu à peu et lentement à presque toutes les glandes « du côté gauche du cou et à celles avoisinant l'oreille du même « côté. Quoiqu'il fût considérable, les mouvements de la tête « étaient restés libres et la santé générale parfaite, lorsque Marie « entra, en septembre 1828, à l'hôpital de la Pitié, dans le ser-« vice de M. le docteur Lisfranc.

« Le traitement qu'on lui fit faire dans cet hospice consista « dans l'usage de la tisane amère, du vin antiscorbutique, d'un « régime doux, restreint et même un peu de diète au commen-« cement, et dans des applications répétées de sangsues sur les « parties engorgées. A chaque fois on ne lui en appliquait pas

(1) Observation empruntée à un Mémoire publié en 1837, et ayant pour titre : *De l'or dans le traitement des scrofules.* — Voy. page. 21.

« moins de 40 à 50, et, dans l'espace de deux mois qu'elle est « restée à l'hospice de la Pitié, il lui en a été appliqué ainsi 195. « Au bout de ce temps, elle sortit avec une légère diminution « dans l'engorgement, mais avec un grand dérangement dans sa « santé générale : ses règles avaient manqué pour la première « fois ; elle restait très-faible et sans appétit.

« Après être demeurée deux mois chez elle, Marie entra à « l'hôpital Saint-Antoine. Elle était dans un état aussi fâcheux « qu'à l'époque de sa sortie de l'hospice de la Pitié, et n'avait « pas vu ses règles depuis près de cinq mois. Aujourd'hui « (25 avril 1829), l'engorgement dont nous avons parlé occupe « tout le côté gauche du cou et s'étend derrière ; il est fort con- « sidérable, bosselé ; il résulte évidemment de l'agglomération « des glandes tuméfiées, et dont plusieurs ont acquis un très- « gros volume. Après quelques jours de repos et un régime ali- « mentaire un peu fortifiant, la malade commence, le 2 mai, « l'usage du perchlorure d'os et de sodium en frictions sur la « langue, à la dose de 1/20e de grain par friction ; la friction est « faite le matin après le déjeûner. Des cataplasmes sont appli- « qués pendant tout le jour sur la tumeur.

« Le 5 mai. — On observe un peu de diminution dans l'en- « gorgement ; une glande, située près de l'oreille et qui était « rouge, gonflée, molle et faisait craindre qu'elle n'entrât bien- « tôt en suppuration, est aujourd'hui moins saillante et moins « rouge. — A dater du 10, on fait deux frictions par jour ; la « seconde est pratiquée le soir après le souper. Marie remarque « une augmentation très-marquée dans ses urines ; elle urine « plus souvent et beaucoup à la fois.

« Le 15. — Marie est beaucoup moins faible qu'à l'époque de « son entrée ; elle a pu faire le tour des salles, tandis qu'aupara- « vant elle ne pouvait même pas rester levée sans être à tout « moment sur le point de se trouver mal ; elle commence en outre « à avoir un peu d'appétence pour les aliments ; il existe aussi « une légère diminution dans l'engorgement des glandes.

« Le 22. — Avant de commencer l'usage du perchlorure d'or « et de sodium, Marie toussait ; elle avait eu antérieurement et « à plusieurs reprises le dévoiement et des sueurs nocturnes qui « l'affaiblissaient beaucoup : ces symptômes cependant ne s'é- « taient pas représentés depuis son entrée à l'hôpital. L'augmen- « tation de la toux me détermina à examiner la malade avec « le plessimètre et le stéthoscope, et je ne trouvai qu'un peu de « résonnance sous chaque omoplate ; elle me parut plus marquée « à droite. L'augmentation de la toux avait engagé M. le docteur

« Kapeler à me proposer de suspendre le sel aurifère, et la ma-
« lade fut mise à l'usage des juleps calmants avec addition d'a-
« cide prussique médicinal. Une expectoration de crachats
« floconneux, nageant dans un liquide albumineux et qu'on
« peut comparer pour l'aspect à des têtes de camomille jetées
« dans de l'eau gommée, ne tarda pas à survenir, alla chaque
« jour en augmentant, se compliqua bientôt d'une diarrhée col-
« liquative, et la malade succomba le 12 juin.

« Elle fut ouverte le 13, sous les yeux de M. Kapeler et en
« ma présence.

« Les *poumons* adhèrent par leur sommet; ils sont criblés,
« dans toute leur étendue, de tubercules à différents états et en
« plus grande quantité dans les lobes supérieurs. Il existe au som-
« met du poumon droit une excavation capable de recevoir une
« petite noix. Le foie s'étend d'un hypochondre à l'autre et se
« prolonge beaucoup au-dessous de l'ombilic. Il est mou, et son
« tissu se laisse facilement déchirer. La vésicule est remplie d'une
« bile diffluente. La *muqueuse gastro-intestinale* est pâle, ramol-
« lie et épaissie. On trouve quelques petites ulcérations vers le
« tiers inférieur de l'intestin grêle. Les *glandes mésentériques*
« sont petites, mais squirrheuses. Le *pancréas* est squirrheux. Les
« *ganglions engorgés du cou* sont d'un tissu homogène, dur, ré-
« sistant, criant sous le scalpel, lardacé, squirrheux. Autour des
« deux plus volumineux de ces ganglions, on trouve un ramol-
« lissement comme pultacé et ressemblant à de la matière en-
« céphaloïde; on rencontre aussi dans les aisselles des altérations
« du même genre. »

Les engorgements des glandes de la région ascillaire (1) n'ont pas la même valeur, au point de vue du diagnostic de la tuberculisation pulmonaire ou générale, que celui des ganglions cervicaux. C'est cette considération qui nous a fait insérer, dans ce travail, l'observation suivante, quoique nous n'ayons pas pu la compléter par l'autopsie cadavérique.

Engorgement des glandes de l'aisselle. — Tubercules pulmonaires.

Obs. VIII. — Gabrielle D***, âgée de 17 ans, nous fut amenée par sa mère (le 8 juillet 1844) pour que nous la débarrassions d'un engorgement assez considérable de glandes agglomérées et qui ont leur siége à l'entrée de la région axillaire gauche, sous les attaches du grand pectoral et en gagnant vers le sein. Cet

(1) M. Louis n'a observé qu'une seule fois, sur deux cents cas de tubercules pulmonaires qu'il a notés, la coïncidence de l'engorgement des glandes de l'aisselle avec la présence de tubercules dans les poumons. (Voy. *Rech. sur la phthisie*, page 168, obs. IXe.) — Nous aurons cependant l'occasion plus loin de citer un second exemple de cette coïncidence.

engorgement remontait à plusieurs années, mais ce n'était que depuis sept à huit mois qu'il avait fait des progrès de jour en jour plus marqués, et qu'il était devenu douloureux au toucher, sans offrir cependant aucune trace de rougeur, ni de fluctuation.

La santé générale nous parut immédiatement bien plus profondément altérée que ne le comportait un engorgement de cette nature. La face était pâle et annonçait un grand état de souffrance ; la respiration gênée et difficile donnait de 24 à 26 respirations par minute ; le pouls battait 128 à 130 fois et une toux presque continuelle fatiguait la malade : tous ces symptômes s'augmentaient quand arrivait la nuit.

La percussion dévoilait sous la clavicule gauche une différence en moins très-marquée dans la sonoréité, presque de la matité. Cette condition pathologique (qu'une sonoréité exagérée à droite, dans la même région, permettait de bien constater), se manifestait sous toute la clavicule, dans l'aisselle et descendait presque jusqu'à l'origine du sein. Elle existait encore dans la fosse sus-épineuse, mais elle y était moins tranchée qu'en avant.

L'auscultation dénotait, dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, un bruit respiratoire exagéré (*respiration puérile*) ; mais sous la clavicule, la pertoriloquie était manifeste, et on y entendait un râle muqueux à très-grosses bulbes, se rapprochant beaucoup du gargouillement. A gauche, au contraire, dans tous les points où la sonoréité était diminuée, le murmure vésiculaire était nul ou du moins, il était *interrompu*, *suspendu*, *saccadé*, s'accompagnant de râles sifflants et muqueux dans l'inspiration, comme dans l'expiration ; plus bas il redevenait normal. On entendait en outre, dans quelques points, des bruits de craquement et du bruit respiratoire en retour ou *bruit d'expiration*.

Gabrielle avait été réglée à 15 ans, et ce n'était que depuis quatre mois que la menstruation s'était suspendue, l'appétit était nul ou du moins fort capricieux, et l'amaigrissement, qui s'était manifesté au début de la maladie, était marqué sans être considérable.

Les parents de Gabrielle attribuaient sa maladie à ce qu'elle avait habité avec eux, pendant cinq années consécutives, de 5 à 13 ans, un rez-de-chaussée humide, mal éclairé, mal aéré et exposé au nord.

A la suite d'une application de sangsues révulsive, Gabrielle s'alita et elle succomba le 23 août 1844, après avoir offert une aggravation successive de tous les symptômes auxquels étaient venus s'ajouter une expectoration abondante, des sueurs noc-

turnes et du dévoiement ; mais toujours sans un grand amaigrissement.

Les parents n'ont pas voulu consentir à l'autopsie cadavérique que nous avions sollicitée.

L'observation suivante va nous offrir un intérêt tout particulier, en ce que d'abord elle ajoutera à ce que nous avons déjà dit de la valeur de l'engorgement et de l'ulcération des ganglions cervicaux comme moyen de diagnostic, et parce qu'elle nous fait connaître une forme de tuberculisation, qui nous paraît devoir être assez rare.

Ulcération des glandes du cou. — Symptômes de myélite qui se terminent par la mort. — A l'autopsie, on trouve une masse tuberculeuse dans le canal rachidien.

Obs. IX. — J. Louis P***, âgé de 29 ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament qui paraît sanguin, nous consulta pour la première fois à l'âge de 20 ans. Il avait alors, à côté d'anciennes cicatrices, des ulcérations peu profondes de plusieurs glandes du cou. Les premiers engorgements de cette nature s'étaient manifestés à l'âge de 6 ans et avaient duré jusqu'à 13 ans, puis s'étaient montrés de nouveau après un intervalle de 7 années d'une bonne santé : l'application à nu d'un cataplasme, préparé par erreur avec de la farine de moutarde, détermina dans les glandes ulcérées dernièrement un travail inflammatoire qui en procura rapidement la cicatrisation. De l'époque de cette guérison jusqu'à l'âge de 25 ans, P.*** jouit d'une santé parfaite ; mais de 25 à 28 ans il fut successivement atteint d'un chancre primitif, puis d'une inflammation d'intestins et enfin d'une pleuropneumonie à gauche qui faillit le faire périr. En avril 1843, (P*** avait alors 28 ans) de nouvelles glandes s'engorgèrent et s'ulcérèrent de deux côtés du cou, mais plus particulièrement du côté gauche. Malgré les ulcérations, qui ne furent influencées en rien par plusieurs traitements tant généraux que locaux, P*** continua de travailler jusqu'au 20 avril 1844, époque où il fut obligé de suspendre ses travaux de menuiserie *par suite d'un peu de faiblesse qui lui était survenue dans le bras gauche.* Le 30 avril, il entra l'hôpital Saint-Louis (1).

Peu à peu la raideur du cou augmenta à mesure que le côté gauche se tuméfiait de plus en plus, la tête se porta insensiblement à droite dans la flexion. Successivement les quatre membres perdirent leurs forces et le 18 mai le malade ne put plus se lever.

(1) Nous devons tous les détails qui suivent à l'obligeance de M. Willemain, élève interne des hôpitaux.

Ses jambes d'abord affaiblies refusèrent de le soutenir ; les deux bras ne tardèrent point à se paralyser aussi. La vessie et l'intestin perdirent aussi leur puissance contractile et on fut bientôt obligé de sonder matin et soir le malade pour ramener l'issue d'une urine, qui quelquefois fut trouvée trouble. C'étaient surtout les dernières portions qui étaient parfois comme chargées de grumeaux ou d'un pus épais. — Les selles n'eurent plus leur cours et ce fut bientôt à peine si les lavements, même purgatifs, réussirent à en procurer. Cet état alla sans cesse en augmentant et il arriva un moment où P*** fut comme un cadavre. Il restait couché raide et immobile dans son lit, ne pouvant plus bouger aucun de ses membres, qui avaient même perdu toute sensibilité. La tête restait fortement fléchie à droite sur la poitrine. Du reste, le malade n'éprouvait aucune douleur, la respiration s'accomplissait parfaitement, quoique ce fût évidemment surtout à l'aide des contractions du diaghragme ; il y avait peu de fréquence dans le pouls.

Après une légère amélioration qui survint à la fin de mai, sans qu'il soit possible d'en trouver l'explication, des accidents nouveaux et variés de jour en jour se manifestèrent, tous avec le caractère de perturbation dans les phénomènes de l'innervation, mais toujours sans souffrance pour le malade et sans fièvre. Vers le 15 juin, il se forma des eschares, qui acquirent rapidement une grande dimension. Vers le 10 juillet, on remarqua des soubresauts dans les cuisses, qui persistèrent jusqu'au 25 ; puis alors ce fut une dypsnée considérable, et enfin le malade s'éteignit subitement dans l'après-midi du 27 juillet 1844.

L'autopsie fut faite dans l'intérieur de l'hospice où avait succombé P., 36 heures après la mort.

« *Poitrine.* — Un double épanchement séreux trouble existe dans les plèvres avec quelques adhérences et des concrétions albumineuses dans le liquide. Le *parenchyme pulmonaire est parfaitement sain.* Les bronches contiennent du pus (1). Le *cœur* est dans l'état normal. Il en est de même pour les organes contenus dans la cavité abdominale.

« *Crâne.* — Le parenchyme cérébral semble d'un gris plus foncé que d'habitude.

« *Canal vertébral.* — A l'ouverture du canal rachidien, on trouve dans la région cervicale, au niveau de la troisième vertèbre, *une masse d'un blanc-jaunâtre, comme granulée, que nous prenons à la première vue pour une agglomération tuberculeuse* (2)

(1) Ce pus pouvait bien provenir des *ganglions bronchiques* (*tuberculeux* ?) qui n'ont point été examinés.

(2) En lisant la description de cette production morbide, prise avec raison à

En l'examinant avec plus de soin, nous reconnaissons que cette substance se trouve déposée à la surface externe de la dure-mère, sur toute sa périphérie latérale et postérieure dans une hauteur de m. 0,02 à m 0,03. Il est assez facile de la séparer en quelques points de la méninge elle-même, saine au-dessous ; mais en d'autres points, cette membrane fait corps avec la production morbide. Le tissu de celle-ci est formé de granulations de volumes variables, depuis la grosseur d'un petit pois jusqu'à celle d'une fève. Leur consistance est moyenne. Deux des plus grosses, coupées en long, nous ont fait voir un tissu blanchâtre, translucide et rosé sur le bord, comme lardacé, parfaitement homogène du reste. Nulle part cette plaque n'avait plus de m. 0,006 à 0,007 d'épaisseur. »

« Le corps de la vertèbre correspondante, enlevée et examinée avec soin, nous a paru sain. Mais un examen plus attentif nous a fait voir le tissu osseux d'un blanc mat, compact, dur à couper, presque entièrement sec et *renfermant dans ses aréoles de petits amas globuleux blanchâtres transparents*. Nous n'avons point osé décider si c'étaient là de *petits dépôts tuberculeux* (1) ? »

Il nous reste à dire dans quel état se *trouvait* la moele épinière : « au-dessus et au-dessous elle était parfaitement saine, mais au niveau du produit étranger, elle ne représentait plus qu'une pulpe peu consistante qui avait cependant conservé toute sa blancheur. »

---

26. *Études sur les virus;* par Jean Hameau, docteur en médecine à la Teste, membre correspondant de la Société royale de médecine de Bordeaux, de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de la même ville, etc.

(Suite : *voir* t. XII, décembre 1847, p. 190 ; t. I, janvier 1848, p. 179.)
(Revue médicale française et étrangère ; novembre et décembre 1847.)

SECONDE PARTIE.

SECTION PREMIÈRE. — *De la petite vérole considérée comme virus irritant.*

J'ai classé les virus en visibles, invisibles, passagers et persistants. Je les ai aussi distingués en irritants, rongeants, sé-

première vue pour une *production tuberculeuse*, nous avons cru avoir sous les yeux cet énorme tubercule enkisté trouvé dans le cerveau de B*** Si M. Villemain a jugé autrement sa nature (il veut y voir un *Fongus*), il faut l'attribuer à ses préoccupations scientifiques, qui lui font admettre, entre les *tubercules* et les *scrofules*, un antagonisme, qui ne résulte certainement pas de la saine observation des faits.

(1) En lisant cette description, du reste si bien faite, il nous semble lire celle donnée par M. Nélaton, dans son excellent Mémoire sur les *Tubercules des os*, et voir le dessin qu'il a donné des *dépôts tuberculeux* au milieu du tissu osseux.

datifs et septiques ou putréfiants. Je voudrais justifier ces classements par des observations cliniques, afin de donner à mon travail cette solidité dont il a besoin pour mériter, si c'est possible, la confiance et l'assentiment de ses lecteurs éclairés et judicieux.

La première des maladies virulentes, celle qui mérite le plus d'attention, c'est la petite vérole, parce qu'elle est une des plus graves, qu'elle est encore une des plus répandues et qu'elle possède, au plus haut degré, tous les caractères qui leur sont propres. J'ai dit que son virus est irritant, et cepandant il produit souvent la gangrène, ce qui semble impliquer contradiction. Il me faut donc expliquer comment cette gangrène peut être produite, sans que le virus cesse d'avoir la qualité qui lui est assignée, et prouver que cette funeste décomposition n'est pas un de ses produits naturels.

Ce virus est toujours un, soit qu'il tue, soit qu'il produise peu d'effet. Cette différence extraordinaire ne peut venir que de la disposition des sujets qu'il attaque, et des circonstances dans lesquelles ils sont placés. Si c'était un pouvoir inhérent en lui de corrompre notre être, *comme on peut le dire de la pustule maligne*, il le corromprait toujours, et il ne le fait pas. Il subsiste à nos dépens et se multiplie plus ou moins en nous; mais il n'est que la cause déterminante, et non la cause efficiente de la gangrène, ainsi que je vais essayer de le prouver.

J'ai vu un grand nombre de varioles, mais c'est surtout en 1833 et 1834, pendant une épidémie qui a régné dans mon arrondissement, que j'ai pu m'assurer de la qualité irritante de ce virus. On verra à quel heureux résultat cette théorie m'a conduit, et où elle pourrait conduire ceux qui l'adopteraient avec discernement. Parmi les cas qui se sont offerts à ma pratique, pendant ces deux années, il en est cinq des plus dangereux qu'on puisse jamais observer, Pour donner à ce que je dirai toutes les garanties possibles je vais nommer les personnes qui en sont l'objet, afin que, si mon opuscule reçoit quelque publicité, chacun puisse s'assurer de l'exactitude de ce que j'avance :

Marie Lagueyte, journalière.
Joachim Laborde, maçon
Marie Mouliest, journalière.
Les deux frères Ducos, marins.
Tous de la Teste.

Maintenant je vais donner les histoires de deux de ces maladies que j'ai recueillies avec le plus grand soin; il serait superflu, je pense, de donner les trois autres, parce qu'il me faudrait répéter les mêmes choses.

Obs. I. — Marie Lagueyte, âgée de 20 ans, bien constituée, mais vivant dans la plus profonde misère, fut atteinte de la fièvre le soir du 27 mai 1833. Dès le 28, cette fièvre était des plus violentes, avec agitation extrême et délire. Des voisins charitables accoururent près d'elle, lui donnèrent les premiers soins, et, présumant que c'était le prélude d'une mauvaise petite vérole, ils me firent appeler. Voici quel était l'état de la malade : Pouls extrêmement accéléré et plein, figure très-animée, yeux brillants et hagards, langue d'un rouge vif, peau brûlante, système capillaire fortement injecté, urine claire, constipation et violent délire. Ce dernier symptôme était tel que la malade cherchait toujours à se lever de dessus son grabat, et qu'elle parlait sans cesse d'une manière incohérente. Parfois elle reconnaissait ceux qui l'entouraient, pourvu qu'on la secouât vivement, pour fixer son attention. J'ordonnai 30 sangsues sur l'épigastre, des pédiluves synapisés, une tisane de veau et des lavements émollients. Il était six heures du soir. A minuit, les sangsues avaient saigné considérablement et saignaient encore. On avait donné plusieurs bains de jambes et deux lavements. La peau était humide ; la fièvre et le délire avaient beaucoup diminué. Le 29, à sept heures du matin, la fièvre était légère, le délire avait cessé, et une douce moiteur couvrait tout le corps. Yeux larmoyants, langue encore rouge sur ses bords et à la pointe, épigastre douloureux. Deux nouveaux lavements produisirent plusieurs selles abondantes et bilieuses, A quatre heures de l'après-midi, la fièvre avait repris, mais avec bien moins de force ; la peau était humide, et commençait à se couvrir de petits points rouges, surtout au visage ; langue sèche, soif, point de délire, épigastre sensible. (12 sangsues sur cette partie ; continuation des mêmes moyens.) Le 30 à six heures du matin, la fièvre avait entièrement cessé ; les boutons varioleux étaient bien apparents à la tête et sur le tronc. La malade sentait le besoin de manger : je permis du lait, mêlé à une décoction d'orge et édulcoré avec du sirop de gomme. Le 1er juin l'éruption était générale, de telle sorte qu'il n'y avait pas un seul point du corps qui n'en fût couvert ; malgré cela la malade était bien, et n'éprouvait que le malaise ordinaire dans sa situation. Le 2, même état. Le 3, à huit heures du matin, la fièvre avait repris, elle était peu forte, et les boutons avaient grandi. A sept heures du soir, pouls vif, céphalalgie, urines rouges. (Pédiluves simples, infusion de tilleul.) La nuit fut agitée. Le 4, au matin, amendement de tous les symptômes. (Lavements émollients.) Le soir, exacerbation de la fièvre ; langue animée, céphalalgie, mal de gorge, soif, yeux douloureux et rouges. (4 sang-

sues aux apophises mastoïdes.) Le 5, mieux-être général, peu de fièvre ; la suppuration est complète ; les pustules sont pleines et d'un beau blanc. Le 6, peu de fièvre, appétit. Continuation du lait pour toute nourriture. Le 7, l'éruption commence à brunir à la face. Le 8, même état. Le 9, apyrexie complète. Dessication progressive. Dès ce jour là, la malade fut de mieux en mieux, et n'eut besoin d'autres soins que de ceux que peut nécessiter la convalescence d'une aussi grave maladie.

Obs. II.—Marie Mouliest, âgée de 18 ans, d'une assez forte complexion, adonnée aux travaux les plus pénibles des champs. Ayant été atteinte d'une fièvre intermittente pendant l'automne de 1832, ses règles se supprimèrent, et elle devint chlorotique. C'est pendant qu'elle était dans cet état, que le fléau l'atteignit le 26 août 1833. Appelé près d'elle le matin du 27, j'observai les symptômes suivants : Pouls petit et très-précipité ; violent mal de tête ; yeux larmoyants; figure pâle et comme bouffie; langue rouge sur ses bords et blanche au centre ; rate engorgée ; nausées, constipation urine limpide. J'ordonnai 12 sangsues sur l'épigastre et une tisane d'orge édulcorée avec le sirop de gomme. Vers quatre heures du soir, quoique les sangsues eussent bien saigné, la fièvre était très-forte, la langue sèche, et la soif vive. 12 sangsues furent encore appliquées. Le 28, au matin, la fièvre, la soif et la céphalalgie avaient diminué. Des lavements émollients produisirent trois selles abondantes et glaireuses. Le soir, augmentation de tous les symptômes, mais ils sont moins forts que la veille. Diminution de la fièvre le matin du 29. Le soir, des points rouges couvrent tout le corps. Le 30, même état : l'éruption est partout bien apparente. Le 31, vers trois heures de l'après-midi, la fièvre augmente fortement, et la nuit est très-agitée. La malade s'endort parfois, se réveille en sursaut et en criant. Le 1er septemhre, elle est assez calme; quoique la fièvre soit encore intense. Le soir augmentation de la fièvre, sécheresse de la langue, soif, léger délire. Je prescris de la tisane de veau et 6 sangsues derrière les oreilles. Le 2, un peu de calme dans les symptômes ; une forte selle mêlée de glaires sanguinolentes. Le 3 et le 5, la malade est assez calme ; la fièvre est assez peu forte. Le 5, même état : l'éruption est à son plus haut degré. Tout le corps ne forme qu'une masse monstrueuse : il y a des pustules dans les yeux et dans la bouche. Dès ce jour, malgré l'excessive abondance de l'éruption, la maladie marche régulièrement, et n'offre aucun symptôme saillant, si ce n'est la cruelle douleur qu'un tel mal fait éprouver. La chute des croûtes se fit par lambeaux de diverses grandeurs, qu'on aurait pris pour des parchemins. Les coudes, les talons et le

coccyx restèrent ulcérés pendant quelque temps après la desquamation. La santé ne fut rétablie que vers la fin de novembre.

J'ai présenté ces deux observations aussi laconiquement qu'il m'a été possible, mais je n'y ai rien omis d'essentiel. Dans tous les autres cas aussi dangereux, j'ai fait un traitement semblable, c'est-à-dire franchement antiphlogistique ; mais avec des modifications, selon l'urgence. La nourriture a toujours été du lait et des fécules jusqu'à ce que la dessication fût avancée. Outre les cinq malades cités ci-dessus, j'en ai eu d'autres qui, quoique moins gravement atteints, ont nécessité une médication active, et j'ai eu le bonheur de les guérir tous. Je ne me suis pas conduit ainsi, seulement parce que de grands maîtres ont prescrit la saignée dans cette maladie, mais aussi parce que j'ai raisonné la manière d'agir du virus : toutefois, pour rendre cette théorie plus claire, je vais lui donner un certain développement.

Je suppose qu'un adulte, fortement constitué, soit atteint par ce fléau à un très-haut degré ; le virus agit en irritant violemment toute l'économie, *surtout les systèmes muqueux et dermoïde, siéges de la plus grande sensibilité.* L'excitation que ces tissus éprouvent *réagit sur le cœur* avec une force d'autant plus grande que le sujet est plus irritable : *C'est là qu'est le danger.* Ce n'est pas le virus qui tue, *c'est la violence de la circulation.* Il n'y a nulle part une véritable inflammation dès le commencement du mal, il n'y a qu'une forte irritation. L'inflammation est consécutive, mais elle ne tarde pas à s'établir. Le pourpre qui apparaît souvent, pour annoncer presque infailliblement la mort, n'est qu'une terminaison par gangrène de cette inflammation et non une corruption produite par l'essence même du virus. En arrêtant ou en diminuant à temps, et suffisamment, cette inflammation, on n'aurait peut-être jamais le malheur de voir cette redoutable terminaison. L'époque pour agir est le premier ou au moins le second jour de la fièvre : plus tard on ne pourrait pas se promettre le même succès. Souvent dès le troisième jour, le mal est fait. Ce qui est dit plus haut explique cela. Tout ceci doit s'entendre des cas les plus graves. Il suit de ce qui précède qu'il faut s'attacher à diminuer convenablement, en temps opportun, par tous les moyens possibles, la vélocité de la circulation. C'est au praticien judicieux à juger du point où il doit s'arrêter. Le point qui m'a paru le plus salutaire est celui dans lequel le pouls reste un peu au-dessus de l'état normal. J'ai toujours réussi à le ramener à cet état, en agissant comme il est dit dans les observations précédentes, et quelquefois au moyen de la saignée générale: Joachim Laborde a été saigné deux fois. Ce traitement, pas plus qu'un autre, *ne diminuera jamais en*

rien l'étendue de l'éruption, qui sera toujours tout aussi confluente; mais on empêchera ce qu'il y a de dangereux dans cet enfantement, qui sera rendu plus facile. Cette persistance d'une très-grande quantité de pustules dans les varioles confluentes, *qui ont subi un traitement méthodique,* mérite une grande attention, et milite en faveur de mon opinion sur les virus. En effet, si les boutons étaient le produit de la fièvre, ou de causes qui dépendissent uniquement de l'organisme, les saignées, les remèdes et le régime devraient en diminuer le nombre, *de même qu'ils diminuent tous les autres symptômes*; mais non : la puissance qui les produit (ces boutons) domine toutes les puissances qui sont en nous et tous les moyens de l'art! J'appelle sur ce terrain tous les bons praticiens, qui sont sans prévention, et je leur promets des succès qu'ils n'oseraient peut-être pas espérer par d'autres méthodes. Pour cela il ne faut pas que le médecin se borne à ordonner les sangsues ou la saignée, puis, qu'il s'en aille; mais il doit rester, et, ses doigts sur le pouls du malade, il faut qu'il juge du moment où il doit arrêter le sang. C'est là, pour le succès, la condition *sine quâ non.*

Je sais qu'une épidémie de petite vérole peut présenter de grandes différences selon les localités et la coustitution régnante, quoique le virus soit toujours le même. Si le pays qu'il envahit est malsain, et s'il y règne d'autres maladies graves, la petite vérole pourra se compliquer et devenir plus meurtrière. Dans ces cas, le médecin instruit saura modifier ce traitement selon l'urgence. L'épidémie que j'ai observée n'a présenté aucune circonstance étrangère, la maladie était franchement inflammatoire. Il serait très-possible que dans un hôpital, par exemple, ma méthode, exécutée rigoureusement, pût être nuisible. Qu'il soit donc bien entendu que je la propose pour les cas de variole très-graves, mais exempts de complications. Il est facile de connaître, dès son début, une petite vérole qui doit être très-confluente, et par conséquent dangereuse, par la violence du pouls, le malaise, la vive coloration des capillaires cutanés et muqueux; par la douleur de tête, la rougeur des yeux, la douleur épigastrique, la soif, la sécheresse de la langue, le vomissement, et enfin le délire (1). J'ose espérer qu'en se pénétrant bien de ce qui vient d'être exposé, on reconnaîtra que ce virus est irritant, et que c'est sur l'appréciation de cette qualité que doit être basé le traitement qui lui convient.

La rougeole et la scarlatine, moins graves en général que la variole, n'en sont pas pour cela moins dangereuses dans bien des

(1) Et surtout par la douleur lombaire, qui ne manque jamais dans les prodromes de la variole confluente.

cas : tous les praticiens le savent assez : eh bien ! l'expérience m'a prouvé que le même traitement leur convient à merveille, parce qu'elles sont produites par des virus purement irritants.

SECTION II. — *De la vaccine considérée dans ses rapports avec la variole, et de la nécessité d'en faire une étude spéciale.*

La découverte de la vaccine est venue nous faire connaître un phénomène des plus singuliers et des plus importants, à savoir, la faculté qu'a ce virus de pouvoir être substitué à la petite vérole, et *vice versa*. Ce fait me paraît fondé sur une opposition de nature entre ces virus, ou sur une sorte d'antipathie, et il me semble plus répandu dans la nature qu'on ne le pense. Quoiqu'il en soit, l'expérience vient, malheureusement, nous prouver que cette double substitution n'est souvent que temporaire, et qu'après un délai qu'on ne peut fixer, l'aptitude à éprouver les effets d'un de ces virus renaît en nous, et nous ne savons pas encore quel est le terme où elle peut finir. Toutefois, lors même qu'un de ces virus revient en nous, les traces de la cause qui l'avait longtemps repoussé ne sont pas, ordinairement, tout à fait effacées dans l'organisme, puisque la petite vérole qui vient après la vaccine a, presque toujours, des caractères plus bénins, et qu'elle se présente sous des formes un peu différentes de celles qui lui sont propres.

Ce fait si majeur, et si bien constaté, peut faire espérer d'en découvrir d'autres semblables parmi les virus. Plusieurs marins, dignes de foi, m'ont assuré que les individus atteints de la vérole ne contractaient pas la fièvre jaune des Antilles, ou qu'ils l'avaient plus légère que les autres. Quoiqu'il en soit, il devient urgent d'étudier, d'une manière spéciale, tout ce qui regarde le vaccin.

Je voudrais surtout qu'on s'occupât : 1° de découvrir le gîte du vaccin dans les pays où il règne (ainsi que je l'ai dit plus haut, je crois qu'il habite les lieux marécageux) ; 2° si les vaccinations faites directement de la vache à l'homme préservent pour plus longtemps que celles qui sont faites d'une personne à une autre; 3° de voir s'il ne serait pas avantageux d'inoculer de temps en temps du vaccin aux vaches, comme pour le retremper dans sa source primitive, dans la vue de lui donner plus d'activité ; car, si j'en crois ma pratique, qui est assez étendue à cet égard, il m'est permis de penser que le vaccin a moins de force qu'il n'en avait dans le premier temps de sa découverte ; 4° enfin, d'expérimenter, surtout, s'il ne serait pas toujours nécessaire de prendre le vaccin sur la vache pour l'inoculer.

Dans beaucoup de localités, les sages-femmes se sont emparées de la pratique de la vaccine, en inoculant tous les enfants dès les premiers mois de leur naissance ; aussi voit-on depuis quelque temps la petite-vérole y sévir presque avec autant d'intensité qu'avant la découverte de ce spécifique. C'est là un très-grand mal, *que l'autorité devrait empêcher*. Ce n'est pas que les médecins aient manqué de zèle ni de désintéressement pour propager la vaccine, tant s'en faut ! mais cela vient de ce que les matrones cherchent à se donner de l'importance auprès de leurs clientes. Dans l'état actuel de nos connaissances sur le vaccin, et vu les manifestations toujours croissantes da la variole, ce ne serait pas trop de la réunion de toutes les lumières des hommes de l'art, pour comprendre tout ce qui concerne ce préservatif, et pour le rendre aussi efficace que possible.

SECTION III. — *De la rage considérée comme virus irritant et contagieux.*

Personne ne peut douter que la rage ne soit un virus irritant et même le plus fort de tous. Il agit sur les centres nerveux, principalement sur la moelle épinière, et dès que les symptômes qui le caractérisent commençent à se manifester, peu de jours lui suffisent pour causer la mort, sa manière d'agir a de l'analogie avec celle des causes traumatiques qui produisent le tétanos.

Mais si l'on ne peut élever aucun doute sur sa manière d'agir, il n'en est pas de même sur sa faculté contagieuse, puisque des médecins, d'un assez grand renom, lui contestent cette propriété et doutent de l'existence d'un virus rabique. D'après eux, la rage ne serait due qu'à la peur, qui ferait naître une surexcitation nerveuse étrangère aux causes virulentes. Je ne crois pas qu'on ait jamais substitué une plus grande erreur à une vérité plus palpable. Quoi ! la rage n'est pas contagieuse ? Elle n'existe pas ? C'est la peur qui la fait naître ? D'où vient donc que les animaux enragent après avoir été mordus par un animal atteint de cette maladie, et que l'homme peut aussi enrager avant l'âge de raison ? La peur peut-elle produire de si terribles effets sur des êtres incapables d'avoir peur, et de prévoir le danger qui les menace ? Une croyance aussi erronée est le comble de l'ignorance ou de la mauvaise foi. Il faut que ceux qui soutiennent une si funeste opinion n'aient jamais observé les effets du virus rabique, et qu'ils l'aient conçue dans leur cabinet.

Après tant de faits authentiques, que possède la science, de la transmission de la rage d'animal à animal, et des animaux à

l'homme, il est de la plus coupable témérité d'oser seulement élever des doutes à cet égard. Il ne serait certainement pas nécessaire d'ajouter de nouveaux faits à ceux déjà connus, pour convaincre les médecins expérimentés de la réalité du virus rabique ; mais il importe d'accabler les incrédules, par l'exposition de faits nouveaux et irréfragables ; c'est pourquoi je vais en exposer deux connus dans toute ma contrée, et auxquels la peur n'a nullement pu contribuer.

Le 10 octobre 1812, un chien suivant la route de la Teste à Bordeaux, au lieu nommé Lesticaire, commune de Cestas, passe dans une prairie où paissaient quatre vaches, les mord toutes quatre, et ne les quitte qu'après avoir été chassé par des paysans, accourus au beuglement de ces vaches : tout cela se fit si rapidement que les paysans n'eurent pas l'idée que ce chien fut enragé.

Dix-huit jours après cet événement une vache refuse la nourriture et la boisson ; elle bave, paraît triste, et les chairs lui tremblent d'une manière toute particulière. On ne soupçonne pas encore la nature du mal. La nuit suivante une autre vache tombe malade, présente les mêmes symptômes, et, de plus, cherche à courir sur les personnes qui l'approchent. Alors on se rappelle la scène du chien, on s'alarme, et bientôt un vétérinaire vient constater l'existence de la rage. Le soir 19 les deux autres vaches furent prises du même mal, et toutes étaient mortes trois jours après l'apparition des premiers symptômes. Je les ai vues toutes quatre avant leur mort.

Un enfant de la Teste, âgé de 3 ans, appartenant à un nommé Roquet, est mordu au petit doigt par un épagneul, chez une dame du voisinage. On ne tient aucun compte de cette morsure. Le chien disparaît, et, malgré cela, on ne pense pas à l'enfant. Dix-sept jours après, il est en proie aux symptômes de la rage, et meurt dans deux fois vingt-quatre heures. Je n'ai pas vu ce cas qui est arrivé en l'année 1782, mais il m'a été attesté par le chirurgien, par des parents de l'enfant, et enfin c'est ici un fait de notoriété publique.

Etait-ce la peur qui, dans ces cas, avait fait naître la rage ? Il n'y a qu'un insensé qui pût répondre affirmativement.

SECTION IV. — *De la suette.*

Il ne m'a pas été donné d'observer la suette ; mais, d'après les descriptions qu'on fait de cette maladie, je crois pouvoir la considérer comme un irritant.

SECTION V. — *De la pellagre.*

Il est des choses d'une très-mince importance qui retentissent

bien fort dans le monde, et d'autres, quoiqu'intéressant la société au plus haut degré, qui restent ignorées, ou dont on ne s'occupe que faiblement. L'existence de la pellagre dans les landes, dites de Gascogne, rentre dans cette dernière catégorie ; car c'est à peine si les journaux de médecine en ont parlé au-delà des deux départements où elle exerce ses ravages. Cependant, la présence de ce fléau dans notre belle France est un fait assez grave, pour mériter d'être porté à la connaissance de tout le monde médical, et pour devoir exciter la vive sollicitude du gouvernement. Depuis que j'en fis la découverte, il y a plus de 25 ans, je n'ai cessé de m'occuper de cette redoutable affection, et de tâcher de la faire connaître en envoyant des mémoires à diverses sociétés savantes, notamment à l'Académie de médecine de Paris ; mais on n'a pas beaucoup écouté le pauvre praticien des landes, quoiqu'il parlât au nom de la science et des malheureux malades. Espérons que la voix de l'humanité finira par se faire entendre, et qu'on portera bientôt des secours efficaces aux populations que cette cruelle maladie décime. J'aurais encore beaucoup de choses à exposer sur ce grave sujet, mais ce serait trop m'écarter du plan de ce travail. Je me borne à dire, que par l'aspect de tous les symptômes, et que par le traitement qui lui convient, la pellagre est un virus irritant.

SECTION VI.—*Des virus rongeants et des virus sédatifs.*

Je réunis ici, dans la même section, ces deux genres de virus, et je ne disserterai pas pour faire croire aux qualités qui leur sont attribuées, parce qu'il est facile à chacun de s'en assurer par la plus simple observation. La syphilis, la teigne, la gale et la lèpre, agissent certainement en rongeant nos parties. Le choléra asiatique, la fièvre jaune et le typhus sévissent bien évidemment en déterminant une faiblesse plus ou moins grande de tout le corps. J'allai étudier le choléra pendant qu'il était à Bordeaux, parce que je m'attendais à le voir arriver dans les tristes oasis que je parcours chaque jour, et j'ai pu m'assurer, par moi-même, qu'il était sédatif. Il ne vint pas dans les landes, et l'on croit généralement ici que c'est à l'évaporation de l'essence des pins, qui forment la masse de nos forêts, que nous devons l'avantage d'en avoir été préservés, ce qui n'est pas invraisemblable.

SECTION VII. — *De la peste et de la pustule maligne considérées comme virus septique.*

Je n'ai jamais vu la peste ; mais d'après ses symptômes, on ne peut lui refuser ce caractère. Il est certain qu'elle corrompt notre corps avec une grande promptitude.

Si je n'ai pas vu la peste, je puis dire qu'il y a peu de mes confrères qui aient eu, aussi bien que moi, l'occasion d'observer la pustule maligne. Je puis en donner une description très-exacte et bien circonstanciée. C'est ce que je vais faire dans les deux observations suivantes.

M. Bestaven, riche propriétaire de la Teste, âgé de 30 ans, d'une structure athlétique, passait ordinairement une partie *de l'été* sur une propriété qu'il avait à Sainte-Eulalie-en-Born, département des Landes. Au centre de ce domaine, et tout près de la maison d'habitation, est un vaste marais, partagé par un large ruisseau assez poissonneux, dans lequel M. Bestaven allait souvent pêcher, en traversant, nu-pieds, ledit marais. Le 29 août 1808, M. B... revenait de cette propriété, et il n'était plus qu'à un petit quart de lieue de la Teste, quand il sentit une vive douleur à la partie antérieure et moyenne de la jambe gauche. Il eut d'abord l'idée de descendre de cheval pour voir ce que c'était, mais sentant augmenter cette douleur, qui lui saisissait tout le corps et craignant s'il descendait de ne pouvoir plus remonter, il résolut de se rendre chez lui au galop. Aussitôt son arrivée, il m'envoya chercher. Je le trouvai couché, la jambe nue, et je vis sur le lieu indiqué, une pustule, de la grandeur d'un gros grain de maïs, noire au centre, *et entourée d'un mince cercle jaunâtre.* Le malade accusait une très-forte douleur qui s'étendait jusqu'à l'aîne; il se sentait le corps brisé; mais du reste tout était dans l'état normal. J'examinai cette pustule environ deux minutes avec une curieuse attention. Pendant ce court instant, elle grandit du double, le cercle jaune s'étendait d'abord, puis la gangraine du centre suivait *à vue d'œil.* Ce cercle, recouvert seulement de l'épiderme, était transparant, et contenait un liquide jaune, au sein duquel il y avait un mouvement rapide, qui partait du bord extérieur, et qui provenait de ce que ce liquide attaquait les chairs vives. Je ne puis mieux le comparer qu'au mouvement que fait un acide en attaquant un métal. Je cautérisai ce mal redoutable avec de l'acide nitrique, étendu d'un peu d'eau. Un instant après cette cautérisation, toute douleur cessa, et le malade n'eut plus à supporter que le traitement d'une plaie simple. Il est très-certain qu'il n'eût pas fallu un grand retard pour que les accidents généraux se fussent déclarés, et que la mort fût survenue, comme cela est arrivé au jeune homme qui va faire l'objet de la seconde observation.

Jean Villeneuve, cultivateur, de la commune de Sanguinet, département des Landes, âgé de 29 ans, d'une santé florissante, habitant un quartier entouré de marais, fut atteint, le 6 juin

1825, d'une pustule noire, et très-douloureuse, à la partie interne de la lèvre supérieure. Ses parents, effrayés de ce mal, envoyèrent chercher un médicastre, à deux lieues de distance, qui eut pourtant la bonne foi de convenir qu'il ne connaissait pas cette maladie. Soudain l'on me fit appeler ; mais, quelque diligence qu'on eût pu faire (j'étais à 8 lieues de poste), je n'arrivai que 36 heures après que la pustule s'était montrée. Voici l'état horrible du malade : tout l'intérieur de la bouche était noir et sec comme du charbon ; la pustule ne se distinguait plus ; les gencives étaient entièrement détachées des dents ; celles-ci étaient branlantes ; tout le corps était couvert de phlyctènes gangréneuses, et le malade disait ne plus souffrir. Mais ce qui étonnera beaucoup, et qu'on ne peut s'expliquer qu'en pensant à la force herculéenne et au courage imperturbable de ce malheureux jeune homme, c'est que son pouls était encore assez fort, qu'it pouvait se lever de son lit, et qu'il demandait à manger ! ! ! Cet effort de la nature ne dura pas longtemps : j'étais arrivé à deux heures de l'après-midi ; à six heures le pouls s'affaiblit beaucoup ; le malade ne parlait plus, un délire tranquille survint, et il expira le lendemain à sept heures du matin.

Plusieurs choses sont à remarquer dans ces deux observations : 1° la pustule maligne attaque principalement ceux qui habitent prés des marais, ou qui vont se baigner dans leurs eaux bourbeuses, où naissent, croissent, meurent et se putréfient une quantité innombrable de plantes et d'animaux. C'est donc dans ces lieux de corruption que réside et se multiplie, pendant le temps chaud, le virus charbonneux. On aura une entière conviction de cela, lorsqu'on saura que rien n'est plus fréquent que de voir les vaches, qui paissent dans les marais, être atteintes, l'été, du charbon ou anthrax, et que les personnes qui ont la témérité de les écorcher, ou de toucher leurs chairs encore chaudes, contractent facilement la pustule maligne ; 2° ce virus reste un certain temps dans l'inaction, après s'être inoculé, puisque M. Bestaven avait pu faire un voyage de douze lieues avant de le sentir, et il est plus que probable que la contagion datait au moins de la veille, car il n'était pas allé dans le marais le jour de son départ ; 3° ce mal ne peut se prendre que par un contact médiat. Si l'air pouvait suffire pour le communiquer, il est très-probable que quelques-unes des nombreuses personnes qui vinrent visiter Villeneuve l'auraient contracté, car toute la maison était remplie des émanations infectes que répandait ce malheureux ; 4° il est très-probable que le liquide qui était dans le cercle jaune (ce cercle avait une ligne et demie de large), était le virus lui-même, et qu'en l'inoculant on

aurait produit cette pustule ; 5° ce virus agit du dehors au-dedans, et il agit avec une promptitude dont il importe de bien se pénétrer, afin de ne pas perdre du temps pour le détruire. L'absence de tout accident chez M. Bestaven, après la cautérisation, prouve incontestablement que la maladie n'est que locale dans le principe, et la fin cruelle de Villeneuve dit avec quelle vigilance on doit agir pour l'empêcher de devenir générale.

Je termine ici l'exposé des observations que j'ai cru les plus convenables pour appuyer ma théorie sur les effets des virus particuliers à l'homme; mais j'ai dit qu'il y avait des virus qui semblaient propres aux animaux qui pouvaient nous attaquer. J'ai déjà annoncé au commencement de ce travail, que j'avais une observation de la morve communiquée à l'homme; je crois qu'il ne sera pas inopportun de la placer ici, et qu'on m'en saura d'autant plus gré qu'elle est la première qui ait été recueillie.

SECTION VIII.— *Morve communiquée à l'homme.*

Pierre Daysson, natif de la Teste, âgé de 32 ans, d'une structure athlétique, artiste vétérinaire de l'école d'Alfort, et établi ici en cette qualité, fut chargé, en 1810, par M. le préfet de la Gironde, d'aller donner des soins à des chevaux malades dans le pâturage public d'Audenge, situé au confluent de la rivière de l'Eyre et du Bassin d'Arcachon. Daysson vit de suite que ces chevaux avaient la morve. Plein de zèle pour son art, et voulant répondre à la confiance de M. le préfet, il allait chaque jour voir ses malades, les traitait, et faisait sur eux des expériences.

Le 6 mai de ladite année 1810, Daysson vint me consulter pour un mal qui avait son siége à la partie postérieure des fosses nasales, et qui, comprimant le voile du palais, laissait voir dans la bouche une tumeur de la grosseur d'une noisette, dure, peu sensible, et sans changement de couleur de la partie du voile qui la recouvrait. A cela se joignait un écoulement séreux et très-fétide par les narines. La muqueuse de ces deux cavités était rouge et parsemée de petits ulcères, qui me parurent d'abord assez semblables à des aphtes. Sachant que le consultant traitait des chevaux morveux, j'eus d'abord l'idée qu'il pouvait avoir pris leur maladie. Préoccupé de cette idée, je lui fis une série de questions, dont voici les réponses : « Les pacages sont vastes et « entourés de marais. Il n'y a d'autre habitation que celle du « garde. Un grand nombre de chevaux sont morveux : j'en ai « abattu plusieurs, dont j'ai fait l'autopsie. Bien des fois *j'ai flairé* « *leurs naseaux*, et j'y ai enfoncé mes doigts pour en retirer la « matière qu'ils contenaient, afin de juger de ses qualités, et sou-

« vent *j'ai négligé de me laver les mains*, parce que je n'avais « pas d'eau à ma portée. »

Après avoir ainsi répondu à mes questions, il me demanda : « Pensez-vous que j'ai pris la maladie des chevaux ? » Je lui dis que je ne croyais rien de positif à cet égard, mais que je l'avais ainsi questionné pour mieux fixer le diagnostic ; que, quoique cette idée se fût à la vérité présentée à mon esprit, j'étais plus disposé à croire que son mal était d'origine vénérienne. « Oh ! s'écria-t-il si vous ne trouvez aucune autre cause que celle-là, ma maladie est la morve ; car je n'ai jamais eu la vérole. »

J'étais au lit malade dans ce moment ; le cas qui se présentait me paraissait très-grave, et nécessiter de prompts secours. Dans cet état des choses, et voulant m'éclairer davantage, je conseillai au malade d'aller consulter à Bordeaux. Je l'adressai à MM. Guérin et Lapeyre, praticiens très-distingués de cette ville. Ces médecins, auxquels j'écrivis, partagèrent mes soupçons sur l'étiologie du mal ; mais attendu qu'aucun remède n'était connu pour le combattre d'après ce point de vue, ils décidèrent qu'il serait fait un traitement anti-vénérien. Je dirigeai ce traitement sur leur consultation ; mais il ne produisit aucun effet, et la maladie s'aggrava promptement d'une manière désespérante. Alors mes confrères et moi ne pûmes plus douter que ce fût à la morve, venue des chevaux, que nous avions affaire, et le malade lui-même ne cessait de dire qu'il avait la morve. Il y avait un mois que ce traitement était commencé lorsqu'il fallut l'abandonner. Dès ce moment il ne fut donné au malade que les soins nécessités par quelques accidents qu'il fallut combattre et dont au aura une idée par le tableau des symptômes que je vais énumérer.

Le mal datait d'un mois et demi, c'est-à-dire qu'il y avait ce temps que le malade s'en était aperçu. Alors la tumeur de la bouche était ulcérée, et laissait couler un pus ichoreux. Le voile du palais présentait un large ulcère percé à son centre, par où les boissons passaient en partie, et sortaient par le nez. Les gencives fongueuses, flasques, pendantes, entièrement détachées des dents, donnaient une matière sanieuse. Le flux nasal était continu, rougeâtre, séreux, et d'une telle puanteur, qu'il n'était guère possible de rester près du malade. La muqueuse nasale, fortement enflammée, était garnie de petits ulcères à bords renversés et douloureux. Les glandes sous-maxillaires s'étaient engorgées et adhéraient aux os. De fortes hémorrhagies nasales avaient lieu de temps en temps. Le malade devint sourd et comme idiot ; malgré cela il mangeait beaucoup et il avait encore des forces. Enfin la fièvre lente et la diarrhée survinrent pour terminer

cette horrible agonie, après trois mois d'affreuses souffrances.

TROISIÈME PARTIE.

SECTION PREMIÈRE. — *Quelques aperçus sur la thérapeutique des virus.*

Après avoir disserté pour découvrir la pathogénie des virus, les qualités qui les distinguent, et leurs diverses manières d'agir, il convient que je dise quelque chose sur leur thérapeutique, parce qu'en définitive c'est toujours vers la guérison des maux qui nous affligent que doivent tendre tous les efforts des médecins. Dans ce qui précède j'ai dit bien des choses qui peuvent faire comprendre d'après quels principes les traitements des virus devraient être dirigés; néanmoins il est bon de m'étendre davantage sur ce sujet pour en faire sentir toute l'importance.

Lorsqu'on est certain qu'on a affaire à une maladie virulente, il faut d'abord savoir si le virus qui agit est persistant ou passager. Dans le premier cas, il faut diriger les remèdes contre la cause : il faut tuer le virus; et, dans le second, il faut agir sur l'organisme, parce que dans l'état actuel de la science nous n'avons pas de remèdes assurés contre les virus passagers. Cette règle me paraît absolue dans l'origine du mal, pour ce qui est des virus persistants ; mais lorsqu'il est ancien, elle exige des modifications, ainsi que je l'expliquerai bientôt. Jamais on ne guérirait un de ces derniers virus si l'on n'employait des agents qui lui fussent antipathiques, qui le neutralisassent, ou qui pussent le tuer ; tandis qu'un virus passager s'en irait de lui-même, sans aucun secours de l'art. Mais comme celui-ci, pendant son séjour en nous, trouble et trop souvent détruit l'organisme, il faut travailler à empêcher ses funestes effets, ne pouvant l'attaquer directement comme l'autre.

Lorsqu'un virus persistant nous a attaqué depuis un certain temps, il peut avoir porté son influence dans l'économie, et alors il faut distinguer quelle est sa façon d'agir, et quels organes ou systèmes d'organes il affecte plus particulièrement. Dans ce cas il ne suffit plus d'employer son antidote, mais il faut aussi guérir les organes lésés. Un exemple fera mieux comprendre cela que tous les raisonnements. Je suppose qu'un individu soit affecté d'une vérole ancienne qui produit des douleurs ostéocopes; le mercure, qui aurait parfaitement guéri cette maladie dès son origine, peut ne plus suffire pour cela, parce que le virus a porté son influence sur le système nerveux ; alors, pour parvenir à une cure facile et radicale, il faut lui associer l'opium. Enfin les désordres qu'avec le temps un tel virus peut produire dans l'écono-

mie peuvent être si profonds et si graves, qu'il n'est plus possible de guérir, parce qu'il faudrait reconstruire les organes qu'il a détruits, ou dont il a complétement annihilé les fonctions.

D'après cela il importerait beaucoup de savoir avec quelle promptitude un virus persistant peut passer de l'extérieur du corps à l'intérieur, c'est-à-dire quel temps il faut pour qu'il soit absorbé, et porté dans le torrent de la circulation. Malheureusement c'est très-difficile à connaître. Je ne puis donner que peu de renseignements à cet égard. Voici cependant l'ordre selon lequel quelques-uns de ces virus me paraissent progresser vers l'intérieur. La pustule maligne ne met que quelques heures, tout au plus. La rage doit rester locale un certain nombre de jours, puisque les premiers symptômes ne se montrent ordinairement que pendant le troisième septénaire. La syphilis peut rester assez longtemps sans influencer sensiblement l'ensemble du corps, surtout lorsqu'elle commence par la gonorrhée : les chancres et les bubons annoncent un progrès rapide vers l'intérieur, principalement sur le système lymphatique. Lorsque ces accidents ne sont pas anciens, on ne doit pas avoir en vue de modifier l'organisme ; il faut attaquer directement le virus sur le lieu malade : peu de mercure peut alors suffire pour guérir, si le traitement est fait avec art. La gale peut rester locale plusieurs mois, et peut-être plusieurs années : j'ai vu des individus atteints de cette maladie depuis plus d'un an, et qui n'en éprouvaient d'autres effets que le prurit incommode qui l'accompagne. La teigne est très-longue à se porter vers l'intérieur : j'ai connu un jeune homme de 25 ans qui était teigneux depuis son enfance, et qui n'en paraissait pas malade. J'ignore si la pellagre peut rester longtemrs extérieure : dans quelques cas j'ai vu l'érythème se montrer seul, sur les mains, pendant un ou deux printemps ; mais le plus souvent la diarrhée et l'érythème se sont montrés ensemble. L'instant où l'infection a lieu étant inconnu, il ne m'est pas encore possible de rien préciser à son égard. Il faut conclure de ce qui est dit dans le présent alinéa, qu'il sera toujours très-sage d'attaquer ces virus le plutôt possible.

Ce serait en vain qu'on agirait contre ces virus avec les moyens généraux ; ainsi, par exemple, s'il s'agissait d'une maladie vénérienne, quelque faible qu'elle fût d'abord, le régime, la propreté, les adoucissants. les antiphlogistiques, etc. ne pourraient pas suffire pour la détruire complétement : on ne ferait que la pallier. Je sais que ce que je dis ici est contraire à l'opinion de certains médecins, dont j'honore le savoir ; mais je parle d'après l'expérience. J'ai vu beaucoup d'individus, surtout des marins, qui s'é-

taient crus guéris par un tel traitement, mais qui après un temps plus ou moins long étaient en proie à des accidents vénériens, tels que des ulcères, des exostoses, des douleurs ostéocopes, etc. Si l'on eût employé un peu de mercure dans leurs traitements on les aurait guéris ; car, je le répète, pour guérir un virus il ne faut pas employer beaucoup de son antidote, s'il est bien administré dès le commencement du mal.

Il suit de ce qui est exposé dans cette section, que les virus persistants se posant d'abord à l'extérieur du corps, il faut les attaquer avec plus de promptitude qu'ils n'en mettent eux-mêmes à passer dans l'intérieur. La pustule maligne et la rage imposent surtout cet impérieux devoir. Le feu et les acides minéraux concentrés, tels que le nitrique ou le sulfurique, détruiront ceux-ci, et le mercure ou le soufre me paraissent devoir suffire contre les autres.

SECTION II.— *Thérapeutique des virus passagers.*

Ces virus sont les plus nombreux et les plus difficiles à combattre. Tous, excepté le vaccin et la variole sont invisibles, et s'élèvent dans l'air. Ils nous environnent, pénètrent en nous, sans que nous puissions les sentir, y grandissent sans mesure et sans obstacle, altèrent nos fluides, ébranlent ou corrodent nos solides, et ne nous apparaissent qu'après avoir ainsi mutilé notre être, ou trop souvent, hélas! qu'après l'avoir anéanti. Encore presque entièrement cachés sous le voile mystérieux de la nature, nous ne savons ni d'où ils viennent, ni ce qu'ils sont. Leurs effets nous sont à la vérité mieux connus; mais combien ne nous reste-t-il pas à connaître, et surtout à expliquer? Cependant, quelque obscur que soit ce sujet, la thérapeutique n'est pas entièrement en défaut; elle le pénètre quelque peu, et je pressens qu'elle peut parvenir à le pénétrer davantage. Elle atténue maintenant les effets de la rougeole, de la coqueluche et de la scarlatine. Quoiqu'avec moins de succès, elle modifie, parfois avec bonheur, l'action léthifère de la suette, du typhus, de la fièvre jaune et du choléra asiatique. Enfin, empruntant à l'hygiène ses ressources salutaires, elle trace une ligne de démarcation dans un lieu qu'elle choisit (les lazarets), et dit à ces fléaux : « Vous n'irez pas plus loin! »

Deux genres de moyens sont employés pour combattre ces virus, savoir : les préventifs et les curatifs. Les premiers servent à les empêcher d'arriver jusqu'à nous, mais ne les attaquent pas eux-mêmes, si ce n'est dans des lieux très-circonscrits, tels qu'une maison, la cale d'un vaisseau, etc., parce que se tenant dans

l'air, sans qu'on puisse les voir, il n'est pas possible de les atteindre dans ce fluide. Mais ne pourrait-on pas, lorsqu'ils règnent épidémiquement, trouver des moyens qui les empêchassent de pénétrer en nous, en prenant nous-mêmes des substances qui leur seraient contraires? Si l'on ne pouvait empêcher la contagion, il y aurait lieu de croire que ses effets en seraient adoucis. Je pense qu'avec un mode d'expérimentation dirigé dans ce sens, on pourrait arriver à d'heureux résultats. J'ai déjà cité plusieurs substances qui me paraissent pouvoir être employées comme poisons contre les virus, et il en est certainement beaucoup d'autres qui serviraient au même usage : c'est ici une affaire d'expérience. En attendant que la science puisse donner des règles fixes à cet égard, le meilleur moyen de se préserver de leurs funestes effets, c'est de se tenir à une certaine distance des lieux où ils sévissent, parce que, lorsqu'ils sont dans l'atmosphère, ils ne vont pas bien loin sans périr. Leur vie est courte, et ils ne pourraient contaminer à de grandes distances par le seul intermédiaire de l'air. Lorsqu'ils franchissent de grands intervalles, c'est qu'ils sont transportés dans des objets bien clos, ou dans l'intérieur du corps de quelques personnes pendant le temps de l'incubation.

En se pénétrant bien des qualités qui distinguent les virus, il me paraît donc qu'on pourrait parvenir à les attaquer avec succès avant qu'ils aient pu nous atteindre, et à les détruire ou atténuer leurs effets lorsqu'ils sont entrés en nous, en faisant des expériences d'après une méthode rationnelle. Oui, il viendra un temps où la science possédera des remèdes contre tous les virus ; mais on doit concevoir qu'un bien si précieux ne pourra jamais s'obtenir qu'après qu'on se sera élevé à la compréhension de la véritable nature de ces agents. La thérapeutique est impuissante et cède sa place à l'aveugle empirisme, lorsqu'elle ne peut s'appuyer sur une saine et lumineuse doctrine.

Il y a une grande différence entre les virus, quant aux difficultés qu'ils peuvent opposer à l'emploi des remèdes. Les persistants n'en opposent pas du tout dans le premier temps, parce qu'ils sont extérieurs, et qu'ils n'ont pas encore influencé l'économie; de telle sorte qu'on peut les détruire presque instantanément si l'on a contre eux des remèdes toxiques. Les passagers, au contraire, ont déjà vivement affecté l'organisme quand ils apparaissent, d'où naissent des obstacles difficiles à surmonter, car il faut en même temps les combattre et réparer les désordres qu'ils produisent dans l'organisme. Néanmoins il y a quelques-uns de ces virus sur lesquels on pourrait maintenant remplir cette double indication. A l'ap-

pui de ce qui est dit ici je vais citer des expériences que j'ai faites sur des varioleux.

En 1840, cinq personnes de la famille du nommé Larrieu, chaudronnier, nouvellement établi à la Teste, furent successivement atteintes de la petite vérole. C'est sur une fille de 16 ans, le 14 septembre, que cette maladie commença. Elle fut confluente mais elle ne présenta rien de grave. Cette fille était tourmentée par la crainte d'être défigurée après sa guérison. Désireux, depuis longtemps d'essayer l'effet du mercure sur ce virus, je crus le moment favorable, et, après la période inflammatoire, lorsque les pustules avaient environ le tiers de leur développement, je frottai toute la figure avec un peu plus d'un gramme d'onguent mercuriel double, que j'étendis uniformément sur cette partie. Il fut fait une friction semblable le lendemain. Les pustules avortèrent, devinrent brunâtres, et leurs croûtes tombèrent bien avant les autres, sans laisser de traces sur la peau. Je fis la même épreuve sur les autres quatre malades, et j'obtins les mêmes résultats. Il est bon de noter que cet onguent soulageait beaucoup les malades, et qu'ils me demandaient de leur en mettre partout. *Ce remède ne produisit aucun effet appréciable sur les pustules qu'il n'avait pas touchées.*

Ces essais, quoique peu nombreux, me paraissent avoir une grande portée. Le mercure n'a, il est vrai, agi que sur le lieu où il a été posé ; mais là, il a produit tout l'effet que j'en attendais. Les pustules ont été arrêtées dans leur développement, et la douleur a cessé dans les parties touchées, ce qui doit faire croire que le virus y a été tué. Si cela est vrai, ne pourrait-on pas espérer d'immenses avantages d'une prudente application de cet onguent sur toute la surface du corps? Voici mon sentimenl sur cette intéressante question.

Si la connaissance de la cause d'une maladie est le meilleur moyen de conduire à la découverte des remèdes qu'on doit lui opposer, ce que je dis sur la nature des virus doit nous faire choisir d'abord contre eux toutes les substances que l'expérience nous a fait connaître propres à en combattre quelques-uns; c'est du moins rationnel. Le soufre guérit la gale, et le mercure guérit la syphilis; or, quoique les virus ne soient pas identiques, ils forment tous comme une même famille, et l'on doit penser que ces deux substances pourraient aussi être bonnes pour nous guérir ou nous préserver des atteintes de plusieurs autres virus. C'est principalement cette induction qui m'a fait penser, depuis longtemps, que le mercure pourrait être efficace contre la variole.

Je proposerais donc de l'employer dans les circonstances, et selon les règles suivantes :

Et d'abord, je dis que ce remède ne devrait être administré qu'après la période inflammatoire, lorsque le virus commence visiblement son travail multiplicateur sur le derme. A cette époque de la maladie, s'il n'y a pas d'accidents, on pourrait, dans les varioles confluentes, frotter tout le corps avec un mélange de 30 grammes d'onguent mercuriel double avec 246 grammes d'axonge, en ayant bien soin d'en appliquer sur toutes les pustules. On devrait faire une semblable friction lorsque l'éruption serait au tiers ou à la moitié de son développement, et le malade serait laissé dans les mêmes linges aussi longtemps que possible. Je ne pense pas que ce remède pût nuire, parce que probablement l'état anormal de la peau n'en permettrait pas facilement l'absorption, et qu'il serait arrêté par les pustules. D'ailleurs n'emploie-t-on pas cet onguent à bien plus fortes doses contre d'autres maladies, notamment contre la fièvre puerpérale, sans qu'il en résulte des accidents ? On sait que dans un état pathologique, lorsqu'un remède est bien approprié, les malades en supportent des doses qui seraient nuisibles en santé. J'ai donné dans l'espace de douze heures, à une jeune fille, 12 grammes de thériaque et 25 cent. d'extrait gommeux d'opium, pour combattre des douleurs atroces produites par la morsure d'une tarentule, sans que ces narcotiques aient produit d'autres effets que de faire cesser la douleur et de guérir la malade. Cette observation, peut-être unique en France, vraiment curieuse par sa cause, par les circonstances et les symptômes qui y sont relatés, ainsi que par le traitement qu'il a fallu faire, est déposée aux archives de la Société royale de médecine de Bordeaux, année 1821.

En raisonnant d'après les épreuves que j'ai faites, et les probabilités offertes par le sujet, on restera persuadé qu'au moyen du remède que je propose on obtiendrait : 1° la cessation ou au moins la diminution de la douleur ; 2° l'affaiblissement de l'action du virus, et très-probablement sa neutralisation ; 3° l'anéantissement de sa faculté transmissible ; car cette faculté n'existe qu'aprés la suppuration, c'est-à-dire, lorsque la multiplication est complète, et que le virus qui vient d'être créé peut prendre son essor.

Ou le mercure peut agir sur la petite vérole ou il ne le peut pas : s'il le peut, on a toujours quelque bon effet à en attendre, et s'il ne le peut pas, je pense que rien de fâcheux ne peut résulter de son emploi. Ainsi donc, en balançant les avantages qu'on doit attendre avec les inconvénients qu'on pourrait craindre, le

choix ne peut être douteux pour les praticiens éclairés (1).

En supposant qu'on arrêtât la suppuration, cet arrêt serait-il nuisible aux malades? Je dis non, et tous ceux qui ont médité sur les virus le diront aussi. Ce travail ne nous est pas naturel, il ne l'est qu'au virus qui infecte nos liquides, et qui les transforme en sa propre substance. Empêcher cette transformation, cette pourriture, serait donc remplir une indication aussi rationnelle qu'utile aux malades. Une opinion contraire serait semblable à celle du vulgaire, qui considère ce travail comme dépuratoire; c'est-à-dire comme un puissant moyen d'éliminer du corps, je ne sais quelle humeur peccante, qu'il s'obstine toujours à voir en nous.

Je conclus de ce qui est dit dans la présente section, que le mercure pouvant tuer le virus de la petite vérole, c'est un devoir pour les médecins d'en faire l'épreuve, parce que ce serait le moyen le plus sûr d'arrêter ce fléau. La vaccine ne l'empêchant d'agir que pour un temps, on peut être certain qu'il apparaîtra toujours, par intervalles, dans toutes les localités, parce qu'on n'obtiendra jamais que tout le monde se fasse vacciner en temps opportun, tandis que si l'on pouvait neutraliser ce virus sur les premiers malades, dans chaque localité où il se montre, la contagion serait partout arrêtée. Je prie mes lecteurs de faire la plus sérieuse attention à ce qui est dit ici.

SECTION III. — *Des scrofules produits par les virus. — Considérations thérapeutiques.*

On a observé depuis longtemps que plusieurs virus laissaient, en nous quittant, de graves désordres en nous, principalement dans le système lymphatique. C'est là une vérité que l'observation de tous les jours vient confirmer davantage. Maintenant les scrofules sont si répandues, qu'elles menacent le genre humain de le conduire prématurément à la mort par une multitude de maux, contre lesquels l'art ne fait guère que de vains efforts. Il n'est pas un médecin, tant soit peu attentif à ses devoirs, qui ne soit très-préoccupé du grand nombre de maladies strumeuses qu'il rencontre dans sa pratique. Je me suis occupé très-attentivement de ce sujet, et peut-être m'est-il donné de pouvoir en dire quelque chose d'utile : c'est ce que je vais essayer.

Mes observations sur ce sujet m'ont conduit à distinguer deux sortes de scrofules, très-différentes par leurs causes, et par les

(1) Cette pensée n'est rien moins que neuve. Il y a longtemps que le mercure a été proposé et employé contre la variole, d'après une analogie qui se présentait naturellement à l'esprit. (*Note du rédacteur.*)

remèdes qu'elles nécessitent; savoir, celles qui viennent d'une vie misérable, et celles qui sont produites par les virus. Les premières sont l'apanage des classes pauvres, qui cependant ne sont pas à l'abri des secondes, et celles-ci affectent principalement les classes aisées. On les distingue en ce que dans celles qui viennent d'une pauvre vie, les sujets sont maigres, pâles, la peau plus ou moins humide, et les muscles très-petits. Au contraire, dans celles qui viennent des virus, et qu'on observe chez les gens riches, les sujets ont plus d'embonpoint; ils sont colorés surtout aux pommettes; la peau est blanche, luisante, et quelquefois ils ont l'apparence d'une belle organisation. J'ai vu des familles, dans les classes élevées, dont les personnes qui les composaient étaient citées pour la beauté de leurs formes et de leur stature, périr, presque en entier, de la phthisie tuberculeuse. On ne pouvait ici rien attribuer au défaut de bonne nourriture ou des autres choses nécessaires à la vie, ni à l'absence de soins hygiéniques.

Pour guérir les scrofules des pauvres, il faut placer les malades dans des conditions contraires à celles qui ont fait naître la maladie, et surtout leur faire habiter les bords de la mer. On voit souvent ici des enfants malingres, ayant des engorgements glanduleux, guérir parfaitement, et même devenir très-robustes, après s'être livrés à l'état de marin. Pour guérir les strumes virulentes, il faut savoir quel est le virus qui les a produites, afin de lui opposer son spécifique. Dans l'un et dans l'autre cas cette maladie se transmet par voie de génération, et alors elle est incurable. Une chose très-importante à noter, c'est que les virus produisent moins souvent les scrofules chez ceux qu'ils affectent que chez leurs descendants ; la syphilis est surtout dans ce cas. Une personne, je suppose, qui aura eu la vérole pourra jouir d'une bonne santé, si elle a été bien traitée, et néanmoins ses enfants pourront être scrofuleux ou rachitiques. On peut souvent observer ce fait. La gale, la teigne (chroniques), la syphilis et la rougeole sont les virus qui me paraissent faire naître le plus fréquemment les scrofules. Je vais citer des observations relatives à la rougeole; mais je ne dirai rien des autres virus, parce que leurs effets sous ce rapport sont plus connus.

J'ai souvent vu des ophthalmies et des engorgements glanduleux succéder à la rougeole chez des enfants bien constitués, et dont les parents jouissaient d'une bonne santé. Après avoir étudié les cas les plus graves, et dont je pouvais le mieux connaître toutes les circonstances commémoratives, j'ai été conduit à conclure que les scrofules pouvaient naître par le seul effet de la rougeole, et que cela arrivait souvent. Ce n'est pas un petit avantage de pouvoir

distinguer une telle maladie, de prendre, pour ainsi dire, la nature sur le fait, car le salut des malades peut en dépendre. Il serait vivement à désirer qu'on pût en faire autant lorsque les autres causes de scrofules commencent leurs effets, parce qu'on pourrait les empêcher de faire tant de victimes.

Obs. I. — Marie-Baquey, de la Teste, âgée de 12 ans, bien constituée, née de parents sains, eut une rougeole très-grave, en septembre 1834. La convalescence fut longue et pénible. Le 10 mars 1835, on me fit appeler pour la traiter d'un engorgement glanduleux au côté gauche du cou ; sous tout autre rapport la santé paraissait assez bonne. J'ordonnai la tisane de houblon, des frictions sur la partie malade avec de la pommade d'hydriodate de potasse, et l'usage à l'intérieur de la teinture d'iode. Dans peu de jours la diminution des glandes fut apparente, et dans un mois et demi tout l'engorgement fut dissipé.

Obs. II. — M. Rouzet tapissier, Fossés-des-Tanneurs à Bordeaux, avait un enfant de six ans qui eut la rougeole vers la fin de 1834. Peu après, cet enfant fut atteint d'une ophthalmie très-intense, que l'on combattit infructueusement par les antiphlogistiques. Lorsque le temps chaud fut venu, les bains de mer furent prescrits par le médecin du malade. Mme Rouzet vint conduire son fils à la Teste pour lui faire prendre ces bains. Le petit malade avait pris quinze bains, et le mal avait empiré. Cette dame, désespérée de voir échouer un moyen sur lequel elle fondait toutes ses espérances, allait se retirer à Bordeaux, lorsqu'on lui conseilla de me consulter, ce qu'elle fit le 25 juillet 1845. Voici l'état du malade ; forte inflammation des deux globes oculaires ; petits ulcères sur la cornée transparente de l'œil gauche, qui était devenu louche ; excessive sensibilité de ces organes, qui ne pouvaient supporter la plus faible lumière ; point de fièvre, peu d'appétit ; mais, du reste, tout paraissait en bon état. Après avoir pris tous les renseignement nécessaires pour asseoir le diagnostic, je jugeai que cette affection venait de la rougeole ; en conséqnence, j'ordonnai le même traitement que pour la fille Baquey. Après vingt-cinq jours, l'inflammation, les petits ulcères et la sensibilitè des rétines disparurent. Chaque jour on pouvait jnger de la diminution du mal : c'était vraiment remarquable. En moins de trois mois, l'œil gauche reprit sa rectitude normale, et depuis lors cet enfant a toujours joui d'une santé parfaite.

Obs. III. — Madame Coudert, de Bordeaux, avait une fille de 3 ans, qui, ayant eu la rougeole, fut atteinte d'un engorgement des glandes cervicales, d'une forte inflammation des yeux, avec ulcères des cornées, et une excessive photophobie. Cette

petite fille, née très-forte, était très-amaigrie, et, par intervalles, elle avait la diarrhée, depuis surtout qu'elle prenait les bains de mer. Consulté pour ce cas, le 12 août 1837, je prescrivis les bains tièdes et des lavements émollients pour calmer le dérangement du ventre, puis ensuite j'employai les préparations d'iode, comme il est dit ci-dessus, et la malade fut guérie dans l'espace de deux mois. Je pourrais citer d'autres observations semblables ; mais je pense que ce serait superflu, parce que ces exemples sont assez fréquents pour qu'on puisse, partout, obtenir le même résultat que moi.

Si l'on doit tirer quelque induction du prompt effet et de l'efficacité complète de l'iode contre les affections lymphatiques qui succèdent quelquefois à la rougeole, et qui paraissent naître d'elle, ne pourrait-on pas croire que ce remède est l'antidote de cette maladie ? Mais d'une induction, quelque rationnelle quelle soit, à une expérience positive, il y a trop loin pour qu'il me soit possible de répondre affirmativement ; or, je n'ai pas cette expérience, n'ayant pas eu l'occasion d'employer l'iode *contre la rougeole même*, depuis que son action, sur des effets consécutifs, s'est révélée dans ma pratique,

Je reviens à ce qui a été dit plus haut, savoir qu'il faut distinguer, dans la pratique, l'espèce de scrofule à laquelle on a affaire, parce qu'on ne doit pas les traiter toutes de la même manière. Les amers, les martiaux, une nourriture animale, le vin, l'exercice au grand air et les bains de mer conviennent très-bien contre les strumes qui naissent d'une mauvaise alimentation, de l'habitation dans des lieux humides, froids et malpropres, en un mot, à celles qui viennent d'une vie misérable. Mais ces moyens ne peuvent suffire contre les scrofules virulentes, et même ils pourraient nuire. A celles-ci, au contraire, il faut opposer un régime doux, et des remèdes énergiques contre les virus agissants. Je ne sache pas qu'on ait encore fait cette distinction essentielle ! c'est pourquoi les bains de mer, par exemple, qu'on ordonne dans tous les cas, sont quelquefois nuisibles, et pourquoi aussi l'iode, qu'on a cru un remède infaillible, a souvent échoué.

En résumant ce que je viens de dire sur la thérapeutique des virus, on voit qu'il faut d'abord les empêcher de venir en nous, par tous les moyens que la prudence, la raison et l'art peuvent nous suggérer. Lorsqu'ils nous ont atteint, il faut distinguer leurs caractères ; voir s'ils sont persistants ou passagers. On doit attaquer ceux-là promptement sur les lieux qu'ils occupent, parce qu'ils sont tous extérieurs dès le principe du mal, et agir contre ceux-ci, en ayant en vue de soutenir et de modifier l'organisme

qu'ils ont déjà plus ou moins affecté quand ils se montrent. On verra aussi s'ils sont irritants, rongeants, sédatifs ou septiques, pour les attaquer selon leur génie. Une pensée qui devra toujours dominer dans l'esprit des praticiens, c'est celle-ci : *Tout virus peut être tué, puisqu'il a vie.* Ce qui est un poison pour les animaux connus peut l'être pour les inconnus. Ainsi, toutes les substances inassimilables par l'action vitale et toutes celles qui peuvent altérer les tissus vivants pourraient être d'abord opposées aux virus. Mais ces agents terribles de maladie, qui s'étendent en quelque sorte sur toute la nature, qui complètent peut-être la série animale, ne sont pourtant qu'au plus bas degré de l'échelle des êtres; par conséquent, il est très-probable qu'il y a des substances que nous croyons de toute innocuité qui pourraient les détruire : ce ne sera donc jamais trop faire que de mettre, s'il le faut, les trois règnes à contribution pour triompher de leurs funestes effets.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 31 JANVIER.

Cette séance a été consacrée à des objections entièrement étrangères à la médecine.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER.

Traitement de la fièvre intermittente par les douches froides. — M. Andral présente, au nom de M. le docteur Louis Fleury, un mémoire intitulé : *Études hydriatiques*, et ayant pour objet l'étude des douches froides appliquées au traitement de la fièvre intermittente. Ce mémoire très-volumineux, et accompagné de nombreuses observations détaillées, se résume dans les conclusions suivantes :

1° Dans le traitement de la fièvre intermittente récente, simple, avec engorgement plus ou moins considérable de la rate, les douches froides peuvent être subtituées au sulfate de quinine. En est-il de même pour les fièvres intermittentes ? Deux des observations contenues dans ce travail semblent le prouver, mais on ne saurait encore l'affirmer.

2° Dans le traitement de la fièvre intermittente ancienne, ayant récidivé plusieurs fois, ayant résisté au sulfate de quinine, accompagnée d'un engorgement considérable et chronique de la rate ou du foie, ayant déterminé la cachexie paludéenne, les douches froides doivent être préférées au sulfate de quinine. Plus rapidement et plus sûrement que celui-

ci, elles coupent la fièvre, ramènent les viscères à leur volume normal et font disparaître les phénomènes cachectiques, sans qne l'on ait à redouter les accidents que les hautes doses de sulfate de quinine déterminent si fréquemment, du côté du système nerveux et des voies digestives.

3° L'action curative des douches froides est complète ; car non-seulement elle guérit les maladies, mais elle en prévient encore les récidives.

Indications respectives du chloroforme et de l'éther. — M. Bouisson (de Montpellier) adresse quelques réflexions concernant les cas où il convient de mettre en usage l'éther ou le chloroforme, sous ce titre : *Emploi chirurgical du chloroforme et de l'éther sulfurique; de leurs indications respectives.*

Au moment où la chirurgie se perfectionne par l'emploi de plus en plus général des agents anesthésiques, il est à désirer, dit M. Bouisson, qu'après avoir constaté leur efficacité, on s'applique à déterminer la convenance particulière de leur emploi dans des cas donnés. Cette détermination constituera un progrès très-utile et servira de guide aux chirurgiens dont l'opinion n'est pas encore formée sur la valeur comparative de l'éther sulfurique et du chloroforme. Appelé à pratiquer de nombreuses opérations chirurgicales à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, M. Bouisson a souvent mis en usage les deux substances, et il a pu recueillir des données suffisantes pour préciser les cas auxquels il convient d'appliquer particulièrement l'une d'elles.

Les effets de l'inhalation chloroformique lui ont toujonrs paru plus prompts que ceux de l'éther ; mais leur durée est plus variable. L'intensité des effets offre aussi plus de variations individuelles.

L'inhalation éthérée produit un effet plus tardif, mais généralement plus durable, le sommeil anesthésique est moins profond, moins compromettant pour la vie ; on peut le prolonger sans aucun inconvénient par l'inhalation intermittente. Aussi l'éther lui paraît-il préférable pour les opérations longues et laborieuses.

En résumé, des diverses considérations contenues dans ce travail, l'auteur conclut :

1° Que le chloroforme n'est pas destiné à détrôner l'éther sulfurique ;

2° Que ces deux substances, ayant des avantages et des inconvénients spéciaux, doivent être appliquées par le chirurgien à des cas déterminés ;

3° Que le chloroforme, en raison de la rapidité de son action, de la durée variable de l'anesthésie qu'il produit et des dangers de son inhalation prolongée, doit être réservé pour les opérations de courte durée ;

4° Que l'éther, en raison de la moindre perturbation qu'il apporte dans l'organisme, de la sécurité qu'il inspire au chirurgien, et surtout en raison de la possibilité de prolonger son influence sans danger, doit être exclusivement préféré pour les opérations longues et graves.

M. Velpeau, à ce propos, fait observer qu'il y aurait des inconvénients graves à laisser se propager une pareille opinion. Le chloroforme doit toujours être substitué à l'éther ; il n'y a pas de comparaison possible entre les deux agents. Le chloroforme éteint la sensibilité en quelques secondes, en une minute environ ordinairement, aussi complétement que l'éther ; l'insensibilité produite par lui dure aussi longtemps, et l'on peut prolonger l'inhalation du chloroforme en procédant avec précaution comme pour l'éther. L'avantage du chloroforme est snrtout aussi de ne point provoquer d'agitation comme l'éther. Tous les chirurgiens de Paris sont convaincus de la supériorité incontestable du chloroforme, et il y aurait danger à laisser dire que dans certains cas on doit lui préférer l'éther.

Influence du chloroforme et de l'éther sur la température animale. — M. Aug. Duméril, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et M. Demarquay, prosecteur de cette même Faculté, présentent un mémoire ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur les modifications imprimées à la température animale par l'éther et par le chloroforme, et sur l'action physiologique de ces deux agents.* En voici les conclusions :

1° Parmi les effets si remarquables produits sur les animaux comme sur l'homme par les vapeurs d'éther et du chloroforme, il en est un qui, négligé jusqu'à ce jour, a surtout fixé notre attention, c'est un curieux abaissement de la température des animaux soumis à l'influence de ces vapeurs enivrantes. Il est plus considérable pendant l'éthérisation que pendant l'inhalation du chloroforme ; mais, dans l'un comme dans l'autre cas, il se produit toujours aussi bien quand l'expérience est faite sur des chiens, que quand elle est pratiquée sur des poules.

(1re et 2me expériences) 2 chiens sont éthérisés, l'un pendant 55 min. l'autre pendant 45 ; le refroidissement est chez le premier de 2° 1/2 et de 2° 2/3 chez le second. Dans deux autres cas mentionnés par M. Demarquay, dans sa thèse (juin 1847), il avait été en deux heures, de 2° 1/2 et de 1° en 43 min. Le refroidissement des poules (2e et 3e expér.) a été de 3° 3/5 et de 2° 1/2 en 40 min. chez l'une et en 15 min. chez l'autre. Les résultats avec le chloroforme ont été, chez quatre chiens, les suivants : un abaissement de 2/3° en 21 min. ; de 3/4° en 34 min. ; de 1° 1/2 en une heure et 20 min, ; de 4° 4/5 en une heure et 40 min. ; et enfin il a été chez une poule de 2/3° en 9 min.)

Cet effet de l'éther est d'ailleurs si constant, qu'on l'obtient encore

lorsqu'au lieu de faire pénétrer cet agent dans l'économie par les voies respiratoires, on l'y introduit par le rectum sous forme de vapeurs et alors même qu'il ne donne pas lieu aux phénomènes d'ivresse et d'insensibilité. Ainsi dans les expériences 30e et 31e, pratiquées de cette façon, nous avons eu, en 45 minutes, chez un chien, et en 28 chez un autre, un refroidissement de 1° 1/5 et de 1° 2/5.

2° La section de l'un des nerfs pneumo-gastriques pratiquée presque simultanément à l'application de l'appareil à inhalations, n'a apporté nulle modification aux résultats obtenus dans les expériences où l'innervation des organes respiratoires n'avait éprouvé aucun trouble.

(Dans les expériences 10, 11 et 12, trois chiens ont été soumis à cette double expérimentation ; leur refroidissement a été de 5° 1/2 en 1 heure 20 minutes ; de 2/3° en 16 minutes, et 1/3 en 32 minutes.)

La section de l'un des pneumo-gastriques n'apporte d'ailleurs par elle-même, dans les premiers moments, qu'un changement insignifiant dans la température animale, comme le prouvent les expériences 13 et 14, où l'abaissement n'a été en 32 minutes que de 1/2°, et que de 1/3 en 1 heure 1/4.

3° L'action de l'éther sur la calorification est tellement constante, que chez des animaux dont la température s'était élevée, par suite de la réaction générale consécutive, à la section de l'un des nerfs pneumo-gastriques pratiquée 24 ou 48 heures avant l'éthérisation, celle-ci a encore eu lieu et a été accompagnée comme précédemment d'une diminution de la chaleur animale. On en trouve la preuve dans les expériences 15 à 19.

(L'élévation de la température 24 ou 48 heures après la section de l'un des pneumo-gastriques, ayant été chez quatre chiens de 1° 1/3, de 1/2°, de 3/4° et de 1/2° ; l'abaissement a encore été chez ces mêmes chiens éthérisés de 1° 1/3 en 31 minutes ; de 3° 2/3 en 1 heure 1/2 ; de 2° 1/4 en 42 minutes, et de un peu plus de 1/4° en 24 minutes. Dans la 16e expérience, où malgré la section de l'un des pneumo-gastriques, il y avait une diminution de 2/3°, celle-ci a encore été, pendant l'inhalation prolongée durant 55 minutes, de 2° 1/4.)

4° Cette influence de l'éther et du chloroforme sur la température étant constatée et toujours obtenue dans les expériences variées dont il vient d'être question, le fait tout nouveau, qui en est la conséquence, nous a servi de guide dans la recherche de l'action physiologique de ces substances, à si bon droit nommées par M. le professeur Flourens agents merveilleux et terribles. N'avions-nous pas entre les mains une sorte de critérium propre à nous diriger dans cette détermination ? Si, par exemple, nous trouvions à ce nouvean point de vue une différence entre les effets produits par l'éthérisation et ceux qui résultent de l'as-

phyxie, ne serions-nous pas en droit de conclure que l'éther n'agit pas primitivement à la façon d'une substance asphyxiante ? Déjà le savant secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, que nous venons de citer, avait dit, en comparant l'éthérisation à l'asphyxie : « Dans l'asphyxie ordinaire, le système nerveux perd ses forces sous l'action du sang noir, du sang privé d'oxygène, et dans l'éthérisation le système nerveux perd d'abord ses forces sous l'action directe de l'agent singulier qui la détermine : c'est là qu'est la différence. » (*Comptes rendus de l'Académie des sciences* t. 24 p. 343.) Or cette différence, nos expériences nous l'ont démontré, est bien réelle, car aucune comparaison ne peut être établie entre le faible abaissement de température qui survient chez les chiens et chez les poules tués par une asphyxie d'une durée égale à la durée moyenne de nos expérimentations, avec l'éther et les modifications profondes que cette température éprouve par l'action de l'éther chez les mammifères et les oiseaux, et par l'action du chloroforme chez les premiers. Le chloroforme tue les poules avec une telle rapidité que leur chaleur propre n'a en quelque sorte pas le temps d'être modifiée.

(Dans les expériencés 22e et 23e, chez deux chiens tués par asphyxie lente, par privation d'air, l'un en 33 minutes, l'autre en 40 minutes ; le refroidissement n'a été que de 4/5e pour l'un comme pour l'autre ; et chez deux poules (expér. 24e et 25o) il a été de 1° 3/4 en 27 minutes pour la première, et de 1° en 20 minutes pour la deuxième.)

5° Les phénomènes de l'éthérisation ne sont donc pas comparables de tout point à ceux de l'asphyxie, et celle-ci, d'ailleurs, n'est pas un effet primitif, mais un effet secondaire de la pénétration des vapeurs d'éther dans l'économie.

Notre nouveau mode d'expérimentation ne laisse aucun doute relativement à l'action primitive de l'éther et du chloroforme sur le système nerveux, et si bien démontrée par d'autres expériences dues à M. Flourens ; c'est en imprimant à l'économie des troubles identiques à ceux que déterminent ces agents, mais par l'emploi d'une substance dont l'action primitive s'exerce incontestablement sur les centres nerveux, que nous sommes arrivés à conclure que tous les phénomènes de l'éthérisation ont pour point de départ le trouble qu'elle apporte tout d'abord dans les fonctions des diverses parties du système nerveux central. L'asphyxie n'est que consécutive, et si elle devient mortelle, c'est que l'éthérisation dure assez longtemps pour anéantir les fonctions de la moelle allongée, qui est le dernier point des centres nerveux sur lequel l'éther agisse, ainsi que l'ont établi les expériences du professeur du Muséum. La substance employée par nous est l'eau-de-vie, que cette observation remarquable, citée par M. le professeur Blandin, d'un homme ivre-mort amputé par lui de la cuisse, sans souffrances, nous avait fait

supposer devoir agir d'une façon analogue à celle de l'éther. Nos prévisions ont été justifiées. Dans deux expériences (la 26e et la 27e) où la quantité de liqueur enivrante introduite dans l'estomac des chiens n'était pas assez considérable, nous n'avons pas aboli la sensibilité; mais dans deux autres cas (expér. 28e et 29e) elle a été complétement éteinte, et dans les quatre expériences la calorification a subi un abaissement tout à fait analogue à celui que produit l'éther; et même dans un cas il a été tel que l'animal a succombe.

(L'abaissement de la température a été, dans la 26e expérience, de 1° 1/2 en 1 heure 1/2 dans la 27e de 3° 3/4 dans les premières heures, et cette modification s'est maintenue encore pendant deux heures, dans la 28e de 2° 4/5, et le refroidissement a persisté ainsi pendant près de sept heures, dans la 29e enfin, il a été de 9° 3/5 en trois heures.)

La narcotisation, loin d'abaisser la température, l'élève au contraire, comme nous l'a prouvé une injection de laudanum de Roussean dans l'estomac d'un chien (expér. 32e) qui, après un léger refroidissement initial, a offert une élévation de température de plus de 1/2°.

6° Les expériences déjà citées, relatives à l'injection de vapeurs d'éther dans le rectum, viennent corroborer nos conclusions, en démontrant, en dehors de tout trouble des fonctions respiratoires, un abaissement de température tel qu'il doit survenir sous l'influence d'une action spéciale sur le système nerveux. On ne saurait nier, en effet, que si la source de la chaleur animale est l'accomplissement régulier des phénomènes de l'hématose, ceux-ci sont sous la dépendance immédiate du système nerveux, de là la possibilité d'une modification de la température quand une cause, telle que celle dont il s'agit, s'exerce primitivement snr ce système.

7° Nous pouvons enfin tirer de nos expériences cette conclusion thérapeutique, que l'action de l'éther et du chloroforme est rapidement funeste, car nous avons vu, dans nos deux premières expériences, les chiens éthérisés succomber en 35 et 44 minutes, et, sous l'influence du chloroforme, la mort est survenue, chez un chien, en 21 minutes, et chez un autre, en 34 minutes. C'est donc à juste titre que les chirurgiens sont très-circonspects dans l'emploi de ces agents.

Composition du sang dans le scorbut. — MM. Chatin et Bouvier adressent une note sur la composition du sang dans un cas de scorbut et sur un nouveau moyen de doser la fibrine du sang humain. Le sang du scorbutique que ces messieurs ont examiné était remarquable :

1° Par une augmentation de fibrine, fait déjà signalé par M. Andral et par MM. Becquerel et Rodier :

2° Par une diminution dans la plasticité de la fibrine;

3° Par une diminution des globules, circonstance déjà plusieurs fois signalée ;

4° Par une altération de l'albumine, qui ne se coagulait que vers + 74° C. ;

5° Par une légère augmentation de l'acalinité.

Les difficultés qu'on éprouve presque toujours à isoler entièrement la fibrine du sang humain ont conduit MM. Chatin et Bouvier à rechercher un moyen d'effectuer cette séparation. Ils croient s'être rapprochés du but par l'addition au sang de l'homme d'un sang animal à fibrine très-plastique, tel que celui du bœuf ou du porc. Quand on fait un tel mélange, la fibrine animale se ramasse très-vite, entraînant complétement avec elle la fibrine humaine.

Traitement de la phthisie pulmonaire par le chlore gazeux. — M. Adolphe Bobierre adresse une note sur le traitement de la phthisie pulmonaire au moyen du chlore gazeux et humide. Ce travail, intitulé : *De l'action chimique du chlore dans le traitement de la phthisie pulmonaire*, se résume dans les lignes suivantes :

1° L'action toute spéciale du chlore et des hypochlorites, dans le traitement des ulcérations organiques, doit être attribuée a l'oxygène mis en liberté par la décomposition de l'eau sous l'influence du chlore ;

2° L'inspiration du chlore humide et étendu, proposée comme agent thérapeutique dans le traitement de la phthisie, produit dans l'organisme une excitation générale et souvent une amélioration due aux propriétés de l'oxygène, et *non à une action propre du chlore ;*

3° L'action du chlore et des hypochlorites est la même dans le blanchiment des matières textiles et la germination des graines ;

4° On ne peut tenir *jusqu'à présent*, comme corollaire de ces propositions, que l'inspiration de l'oxygène gazeux doive être substituée à l'emploi du chlore humide, car on ne réunirait pas ainsi, d'une part, les conditions d'un traitement par l'oxygène naissant, et on ne saurait, d'autre part, graduer facilement dans la pratique les doses de ce dernier gaz ;

5° Il serait donc à désirer qu'on expérimentât avec soin les substances susceptibles de fournir de l'oxygène dans les conditions que l'auteur signale dans ce mémoire, leur emploi pouvant rendre un immense service à la médecine et à l'humanité.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER.

Régénération des tissus dans l'homme et les animaux. — M. Jobert (de Lamballe) lit sous ce titre un mémoire qui n'est que la première partie d'un travail dans lequel il se propose de soumettre à l'Académie

les résultats d'une série d'expériences et de recherches sur la régénération des tissus, considérée particulièrement dans l'homme et dans les animaux supérieurs. Dans ce mémoire, il se borne à établir quel est l'état de la science touchant cette importante question.

J'entends par régénération, dit M. Jobert, toute formation nouvelle d'un tissu normalement existant dans l'organisme, formation destinée soit à rétablir l'intégrité accidentellement détruite d'un organe, soit à reproduire cet organe lui-même après son ablation. L'auteur formule cette proposition : que chez les animaux supérieurs les tissus simples doués de la vie végétative peuvent seuls être régénérés, et qu'au contraire les organes proprement dits peuvent souvent périr, mais ne peuvent jamais renaître isolément. Il n'est question dans ce travail que de la régénération des tissus simples, la seule que présentent les animaux supérieurs, régénération que quelques physiologistes ont appelée *complémentaire* ou *complétive*, par opposition à celle qui reproduit les organes entiers et qu'on a nommée *supplétive*.

Tous les tissus organiques sont-ils susceptibles de régénérer? Dans quelles conditions, dans quelles limites les tissus régénérés reproduisent-ils l'organisation des tissus primitifs? Y a-t-il des tissus dont les éléments essentiels ne se régénèrent jamais? Le rétablissement des fonctions indique-t-il d'une manière nécessaire la régénération proprement dite et le rétablissement parfait de l'intégrité organique primitive ? Quel est le mécanisme de la régénération des tissus?

Telles sont les principales questions que M. Jobert se propose de résoudre.

Dans un second mémoire, il examinera quels tissus sont susceptibles de régénération, quels sont anatomiquement et physiologiquement les caractères des tissus nouveaux. Enfin, il examinera si le rétablissement des fonctions exige nécessairement la régénération des tissus.

Le résultat le plus direct de cette étude sera d'établir nettement la différence qui existe entre la régénération et la réparation des organes et des tissus.

Nous établirons, ajoute M. Jobert, que, chez les animaux supérieurs, les organes se réparent, mais qu'aucun organe ne se régénère ; que, parmi les tissus élémentaires, ceux qui remplissent les fonctions les plus élevées de la vie de relation, c'est-à-dire les tissus musculaire et nerveux, se réparent, mais ne se régénèrent pas.

Là, au contraire, où nous ne trouvons que la vie organique, là aussi nous verrons les tissus élémentaires se reproduire avec tous les caractères et toutes les propriétés des tissus anciens. C'est ainsi que partout nous verrons se régénérer les tissus cellulaire, fibreux, osseux, tendineux, et en un mot tous ceux qui ont pour base la fibre laminaire.

Nous rechercherons enfin comment cette régénération des tissus simples devient l'origine, l'unique moyen de réparation des organes et des tissus complexes.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER.

Procédé opératoire pour réduire immédiatement en poudre les pierres de la vessie, sans faire de recherches ni de mouvements. — M. Heurteloup lit, sous ce titre, la première partie d'un mémoire faisant suite à celui qu'il a présenté, il y a deux ans, et ayant pour titre : *De la lithotripsie sans fragments, au moyen des deux procédés de l'extraction immédiate et de la pulvérisation immédiate des pierres vesicales par les voies naturelles.* Dans ce travail, M. Heurteloup s'était arrêté à la définition du premier de ces procédés, celui de l'extraction immédiate. Dans le mémoire dont il donne lecture aujourd'hui, il entretient l'Académie du procédé qui consiste à réduire les pierres en poudre immédiatement et complétement. Il résume dans les termes suivants les avantages qu'il attribue à ce procédé et les conséquences de la pulvérisation immédiate :

D'abord dans les cas ordinaires il n'y a plus ce qu'on est convenu d'appeler dans la lithotripsie ordinaire du nom de *Séance*.

Dans ces cas ordinaires, on ne pourra même pas donner le nom de séance au temps qui sera employé à faire l'opération de la pulvérisation immédiate.

Dans les cas extraordinaires, c'est-à-dire de pierres volumineuses, de vessies malades, la lithotripsie verra ses chances de succès augmentées de tous les avantages que présente le procédé nouveau.

Tous les inconvénients qui résultent des fragments, qui, dans la lithotripsie ordinaire, sont si nombreux et si grands, sont évités, puisque la pulvérisation est complète.

Les inflammations de la vessie et les catarrhes de cet organe, qui sont communs dans la lithotripsie ordinaire, devront être, si toutefois ils se montrent, infiniment moins fréquents.

La transmission de l'irritation aux reins, qui dans la lithotripsie ordinaire est si fatale aux malades chez lesquels ces organes sont en si mauvais état, ne sera plus à craindre.

Les sensations pénibles qui, dans la lithotripsie ordinaire, résultent des mouvements des instruments pour prendre et briser les pierres ne seront plus senties.

La vessie n'étant plus irritée par les fréquentes manœuvres, les séances répétées et le séjour des fragments ne deviendront plus un générateur de pierres (phosphates), et la lithotripsie ne deviendra plus la cause de la maladie à laquelle elle est opposée.

Le brisement et l'extraction des fragments engagés dans l'urèthre, qui sont des opérations secondaires si souvent nécessaires et si pénibles, n'auront plus lieu.

Les fièvres et les congestions des organes centraux, qui accompagnent quelquefois la lithotripsie ordinaire quand elle est trop fatigante, se montreront plus rarement.

La réduction en poudre des pierres vésicales pouvant s'opérer dans un temps fort court, la lithotriptie trouvera dans l'éthérisation, et surtout dans l'emploi du chloroforme, un auxiliaire tel que très-peu de cas seront au-dessus des ressources de cette opération.

Études sur la voix ; voix inspiratoire. — M. Segond adresse un mémoire sur ce sujet, qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° La production de la voix n'est pas essentiellement liée à l'expiration ; l'homme peut parler et chanter pendant qu'il inspire.

2° Chez les personnes dont le larynx est exercé, la voix inspiratoire correspond ordinairement à la voix respiratoire, c'est-à-dire qu'elle se compose de deux registres.

Cependant, dans beaucoup de cas, le registre de poitrine est plus étendu dans le bas, et celui du fausset dans la même voix permet d'atteindre des notes plus aiguës qu'avec le fausset de la voix expiratoire.

3° La prononciation effectuée pendant qu'on aspire se distingue par une certaine mollesse dans les mouvements d'articulation ; beaucoup de lettres sont altérées et le *r* en particulier est impossible à produire.

4° La ventriloquie n'est que la voix inspiratoire parlée ; l'étude de cette voix et des expériences directes sur les ventriloques démontrent cette opinion.

5° Parmi les animaux auxiliaires de l'homme, plusieurs emploient la voix inspiratoire.

6° Dans les oiseaux, la production de la voix pendant l'expiration et l'inspiration explique la variété et la continuité des sons qu'on remarque particulièrement chez les oiseaux chanteurs.

7° Enfin, la voix de quelques batraciens est exclusivement inspiratoire, de telle sorte que cette voix, qui, pour beaucoup de physiologistes, paraît contraire aux lois ordinaires de la nature, est précisément le phénomène le plus simple qu'on rencontre dans la physiologie comparée de la voix.

SÉANCE DU 6 MARS.

Cette séance a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

SÉANCE DU 13 MARS.

Nouvelle plante alimentaire. — M. Gaudichaud lit, au nom d'une

commission, un rapport sur un mémoire de M. Lamare-Picquot, relatif à une nouvelle plante alimentaire qu'il a recueillie dans l'Amérique septentrionale, et qu'il désigne sous le nom de *picquotiane*.

M. Lamarre-Picquot a rapporté d'un voyage dans l'Amérique septentrionale, avec de nombreuses et très-remarquables collections d'histoire naturelle, une nouvelle plante alimentaire qu'il croit appelée à jouer un grand rôle dans notre économie rurale européenne.

Les diversesespèces ou variétés de picquotiane, répandues dans le centre de l'Amérique septentrionale, depuis le 32e ou 33e jusqu'au 50e degré et probablement au delà, réussiront-elles en France et dans le reste de l'Europe ? Telles sont les questions que la commisson s'est posées. Réduite sur ce point à former des conjectures, la commission ne balance pas à déclarer que, dans son opinion, les chances d'alimentation pour la France seront d'autant plus grandes, qu'on ira chercher les graines et les plantes le plus près possible des sources du Mississipi et du Missouri. Elle pense encore que celles qui croissent naturellemeut du 35e au 45 degré prospéreront dans le midi de l'Europe, de la France et surtout de l'Algérie.

Voici les observations que les membres de la commission ont faites sur cette plante :

M. Payen, qui a fait l'analyse de la picquotiane, y a trouvé les proportions suivantes :

Écorce brune.	28,20
Cellulose et ligneux, ou fibres dures.	24,59
Farine alimentaire tamisée. . .	47,21
	100,00

La farine normale a donné pour 100 :

Azote	0,61 à 0,63
Eau.	10,05 à 0,00
Cendres.	1,67 à 1,68

D'où l'on a déduit pour la farine alimentaire la composition immédiate suivante :

Matière azotée	4,09
Substances minérales.	1,61
Amidon (plus des traces de celluloses et de mat. grasse). . . .	81,80
Eau	12,50
	100,00

Ces racines desséchées donnent au moins 70 pour 100 de matière intérieure, composée de deux tiers à peu près de farine et d'un tiers de cellulose et de ligneux ; elles sont presque entièrement composées, sauf l'écorce, d'une farine alimentaire nutritive.

Cette farine, pulvérisée et mélangée à un tiers ou à une partie égale de farine de froment, et traitée par les moyens ordinaires, a donné un pain qui a été trouvé assez agréable. Ce pain s'est parfaitement conservé en se desséchant à l'air.

La fécule de cette racine étudiée primitivement par M. Payen, puis par plusieurs botanistes et par le rapporteur lui-même, offre le singulier caractère d'un point concave ou hile, situé à l'une de ses extrémités et borné ou couronné de plusieurs mamelons diversement arrondis.

Ces plantes, qui forment les principales ressources alimentaires des peuplades nomades visitant périodiquement ces régions, qui croissent dans tous les terrains et par un grand nombre de latitudes analogues à celle de l'Europe, méritent de fixer l'attention et l'intérêt des économistes et surtout des gouvernements.

La commission se demande si l'on ne doit pas supposer que parmi tant d'espèces ou variétés, croissant sous des climats si divers, ceux du Nord particulièrement, il s'en trouvera quelques-unes qui adopteront le sol de la France et viendront enrichir son agriculture et augmenter les ressources et le bien-être de sa population toujours croissante.

Tels sont les vœux et l'espoir de la commission qui propose, ne pouvant faire plus, l'Académie n'ayant ni indemnités ni récompenses à offrir à M. Lamare-Picquot, de voter des remercîments à cet habile et courageux naturaliste voyageur, non seulement pour son intéressante communication, mais aussi pour le zèle éclairé et vraiment patriotique qu'il a déployé dans ses laborieuses et si utiles recherches. La commission est également unanime pour proposer de faire adresser une copie de son rapport aux ministres provisoires de l'agriculture, de la marine, de l'instruction publique.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Propriété-stupéfiante de l'aldéhyde. — M. Poggiale, professeur de chimie au Val-de-Grâce, annonce à l'Académie qu'il vient de reconnaître que l'inhalation de vapeur d'aldéhyde est promptement suivie de l'insensibilité la plus complète ; l'action stupéfiante de ce produit est plus prompte et plus énergique que celle de l'éther et du chloroforme.

Plusieurs chiens ont été soumis successivement à l'action de l'aldéhyde, et voici les remarques les plus importantes que M. Poggiale a notées. Après 45 secondes environ, l'insensibilité fut complète ; les yeux étaient fixes, les muscles à peu près dans la résolution, les pupilles dilatées et immobiles. Cet état dura environ trois minutes, après lesquelles l'animal, quoique insensible, se roula et fit des mouvements involontaires. La respiration normale s'était rétablie, la sensibilité de la peau se manifesta au bout de huit minutes. On ne remarqua aucun accident.

Dans deux expériences, les inhalations furent continuées pendant dix minutes. L'animal resta insensible et immobile ; les muscles de la respiration seuls fonctionnaient. Au grand air, la tête se projeta en arrière, les mouvements respiratoires devinrent d'abord presque convulsifs, puis réguliers ; ensuite l'animal se leva sur ses pieds de devant, traîna après lui les membres abdominaux, encore paralysés, et enfin reprit ses fonctions normales au bout d'un quart d'heure.

Le sang artériel avait une odeur d'aldéhyde très-prononcée.

Si l'odeur assez forte de l'aldéhyde permet aux chirurgiens de l'employer chez l'homme, il est évident qu'au point de vue économique cet agent chimique doit être préféré au chloroforme. On obtient en effet, par une opération très-simple, des quantités très-considérables d'aldéhyde ; il suffit pour cela de distiller un mélange d'acide sulfurique, d'eau, d'alcool et de peroxide de manganèse et de rectifier le liquide condensé avec du chlorure de calcium. L'aldéhyde ainsi préparé bout à la température de 28 à 29° centigrades et ne contient que de faibles quantités d'alcool et d'éther formique. Il ne serait pas nécessaire de préparer pour cet usage de l'aldéhyde chimiquement pure.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Vente et conservation des sangsues. — M. Soubeiran lit un rapport officiel, au nom d'une commission composée de MM. Duméril, Serres, Huzard, Caventou, Chevallier, Henry et Soubeiran, sur la vente et la conservation des sangsues, en réponse à une demande de M. le ministre du commerce et de M. le préfet de police.

Les questions à résoudre étaient les suivantes :

Peut-on soumettre le commerce des sangsues à des règlements particuliers ? Ce commerce ne doit-il pas être libre comme tous les autres ? Y a-t-il inconvénient à laisser vendre des sangsues gorgées ? Peut-on s'opposer à cette vente ? Est-il prudent d'employer les sangsues après qu'elles ont été dégorgées ? N'y a-t-il aucun danger à cet emploi ? Puis vient subsidiairement l'examen des procédés particuliers proposés par MM. Pistorius et de Cavaillon, pour obtenir le dégorgement des sangsues.

M. le rapporteur examine successivement ces diverses questions. Après avoir tracé le tableau des abus dont ce commerce est l'objet, il aborde l'examen des caractères de la sangsue marchande ou médicinale. Il donne comme caractère essentiel de la sangsue marchande ou médicinale une bouche armée de mâchoires assez fortes pour entamer la peau de l'homme

et opérer la succion du sang. Ce caractère ne se retrouve que dans les hirudinées qui appartiennent au genre hirudo.

La grosseur des sangsues est un caractère qu'il faut prendre en grand considération ; aussi l'école de pharmacie, et la commission avec elle, ont-elles proposé d'interdire la vente des sangsues vaches et des filets, et pour cela de prohiber la vente des sangsues pesant moins de 2 grammes ou plus de 6.

La vente des sangsues gorgées de sang doit être interdite. Il y a unanimité dans le corps médical pour réclamer cette interdiction.

Toutes les objections que le commerce a opposées ne peuvent se soutenir devant un examen consciencieux, et l'on peut répondre par cette proposition qui appartient au rapport de MM. Magendie, Valenciennes et Sanson ; à savoir, qu'il est parfaitement oiseux de rechercher quelle est la cause du gorgement, parce qu'on a toujours tort de vendre une sangsue gorgée de sang, quelle que soit l'origine de ce gorgement.

Il est, du reste, un caractère qui peut servir à apprécier sur l'heure et avec facilité le gorgement, c'est de saisir une sangsue par son extrémité anale, de la laminer en quelque sorte en la passant entre les doigts ; le sang déposé dans les cellules stomacales refluera vers la bouche et y fera naître un bourrelet. Un effort de plus, et le sang coulera par la ventouse antérieure de l'animal.

La cause de tout le mal est dans la pêche immodérée des sangsues, qui a entraîné la dépopulation de tous les marais de la France. Il s'agit donc de soumettre cette pêche à des conditions restrictives, la défendre d'abord pendant les mois de l'année où se font l'accouplement et la ponte l'interdire d'une manière absolue pour les sangsues au-dessus de 6 grammes et au-dessous de 2 grammes; enfin l'interdire d'une manière absolue pendant plusieurs années pour favoriser la croissance et la multiplication de ces animaux.

M. le rapporteur s'engage ici dans une longue discussion relativement au moyen de reproduire des sangsues ; il porte à la connaissance de l'Académie les tentatives nombreuses qui ont été faites avec succès, en France, pour leur multiplication. Il ne s'agit que d'encourager cette nouvelle industrie, de protéger les propriétaires des marais par une bonne loi, et avant peu le pays sera délivré d'un lourd tribut qu'il paye à l'étranger.

M. Soubeiran résout d'une manière affirmative la question de savoir s'il est prudent d'appliquer à un malade les sangsues qui ont servi à un autre, pourvu cependant que la sangsue ait été bien dégorgée après son emploi.

L'heure avancée ne permettant pas que M. Soubeiran termine sa lecture, la suite est renvoyée à la séance prochaine. Nous attendrons que

cette lecture soit terminée pour faire connaître ses conclusions.

M. Guersant fils rappelle à l'Académie qu'il a présenté, il y a cinq semaines, le fémur d'un enfant de 5 ans, chez lequel il a pratiqué l'amputation dans l'articulation coxo-fémorale pour un ostéosarcome du fémur. Cet enfant a été amputé le 28 décembre 1847. Aucun accident n'est survenu à la suite ; mais le 3 janvier éruption de variole discrète ; plus tard, symptômes de résorption purulente, fièvre, état de langueur ; la plaie néanmoins continue à marcher et la réunion se fait par première intention dans presque toute l'étendue. Il succomba trente et un jours, après l'opération.

A l'autopsie, pus infiltré dans le tissu osseux de la cavité cotyloïde, point de phlébite de la veine iliaque, abcès métastatique dans les deux poumons, pleurésie consécutive, et deux petits abcès dans le cerveau.

M. Guersant pense que cet enfant aurait guéri sans l'invasion de la variole qui a été la cause ou l'occasion de tous les accidents survenus.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER COLLARD.

M. Goupilleau, correspondant à Mexico, adresse un mémoire intitulé : *Du traitement de la pneumonie des enfants par l'émétique à dose fractionnée*. L'auteur dit qu'après avoir observé de nombreux cas de pneumonie chez les enfants, maladie dont la fréquence s'explique par les brusques variations de température, jointes au peu de précautions hygiéniques que prennent les habitants. il s'est arrêté à la méthode curative en question. Il rapporte cinq observations qu'il récapitule ainsi, pour les doses d'émétique et les jours de durée de la maladie :

N° 1. 1 grain et 1 sixième d'émétique ; durée, cinq jours ; guérison.

N° 2. 2 grains d'émétique ; durée, six jours ; guérison.

N° 3. 2 grains d'émétique ; durée, huit jours ; guérison.

N° 4. 1 grain 1/2 d'émétique dans cinq jours ; guérison probable, rechute ; mort le neuvième jour.

N° 5. 1 grain 3/4 d'émétique ; durée, six jours ; guérison.

Durée moyenne, six jours 8 dixièmes.

L'auteur pense que cette médication, qui, à Mexico, lui a paru préférable à toute autre, aura les mêmes résultats sous d'autres influences atmosphériques et hygiéniques.

Vente et conservation des sangsues.—M. Soubeiran a la parole pour la lecture des conclusions du rapport sur la vente et la conservation des sangsues. Voici ces conclusions :

Demander à M. le ministre du commerce qu'il veuille bien ordonner les mesures propres à favoriser le développement des sangsues en France, et à empêchee la vente des sangsues gorgées ou de mauvaise qualité.

A cet effet :

1° Défendre la vente des sangsues gorgées dans toute la France, et soumettre les vendeurs à une pénalité sévère ;

2° Obliger ceux qui font le commerce des sangsues à désigner sur la facture la variété des sangsues dont ils font livraison ;

3° Interdire la pêche des sangsues pendant les mois de l'accouplement et de la ponte, en laissant à chaqne préfet le soin de fixer l'époque de la pêche dans son département ;

4° Interdire la pêche et la vente des sangsues pesant moins de 2 grammes ou plus de 6 grammes ; autoriser cependant la vente ou la pêche de ces sangsues par exception, quand elles sont destinées à peupler des réservoirs ; mais ne l'autoriser que sur une décision du préfet faisant connaître la quantité de ces sangsues et leur destination.

5° Par une mesure transitoire interdire la pêche des sangsues en France pendant six ans ;

6° Faire une obligation aux hôpitaux de déposer les sangsues qui ont servi dans des réservoirs assez vastes pour qu'elles puissent s'y dégorger et y multiplier ;

7° Répondre en outre à M. le ministre que M. Pistorius, n'ayant pas fait connaître à l'Académie les procédés qui lui sont particuliers, l'Académie ne peut se prononcer sur leur valeur ;

8° Que l'Académie n'ayant reçu que tardivement les documents relatifs à la demande de M. de Cavaillon, et que les expériences, pour être concluantes, devant être suivies pendant longtemps, le rapport sur le procédé de M. de Cavaillon sera envoyé plus tard à M. le ministre.

9° La commission propose en outre à l'Académie de répondre à la demande particulière de M. le préfet de police, que les sangsues qui ont été employées dans les prisons peuvent être appliquées de nouveau, à la condition que ces sangsues soient dégorgées et qu'on les laissera reposer pendant plusieurs jours avant de les appliquer de nouveau. — Les prisons pourraient prendre exemple à ce sujet sur les hôpitaux de Paris.

Ces articles sont successivement mis en délibération et adoptés.

Esthiomène ou dartre rongeante de la région ano-vulvaire. — M. Huguier lit un mémoire sur ce sujet, à l'appui de la candidature.

La maladie qui fait l'objet du mémoire de M. Huguier a passé complétement inaperçue jusqu'à ce jour ; elle n'est décrite nulle part ; elle a été habituellement confondue avec diverses affections d'une tout autre nature, et desquelles pourtant il est important de la distinguer. L'affection esthioménale, n'ayant été observée jusqu'à présent que sur le visage et quelquefois sur les membres, pouvait être regardée comme exclusivement propre à ces régions ; de là l'inattention des pathologistes lors-

que cette même affection s'est montrée à la vulve et au périnée.

M. Huguier, n'ayant pu communiquer qu'un résumé des parties essentielles de son mémoire, a entretenu l'Académie du chapitre le plus important sous le point de vue pratique, c'est-à-dire du diagnostic différentiel de l'esthiomène. Dans son résumé, l'auteur indique les principales affections de la vulve et du périnée qui peuvent être confondues avec l'esthiomène de ces régions ; il expose les symptômes propres à chacune d'elles, leurs caractères différentiels. Les affections parmi lesquelles l'esthiomène des parties vulvo-anales ont été ordinairement, et à tort, comprises jusqu'à ce jour, sont notamment : l'éléphantiasis des Arabes, la syphilis, le cancer, le scrofule, quand ces lésions siégent à la vulve et au périnée. L'auteur insiste particulièrement sur les signes différentiels de l'esthiomène, de la syphilis et du cancer de la vulve. Des erreurs funestes, commises trop fréquemment à cet égard, expliquent suffisamment l'importance du diagnostic différentiel de ces affections, soit sous le point de vue des indications thérapeutiques, soit sous le rapport des intérêts moraux de la femme.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Savon médicamenteux.— M. Gibert donne lecture d'un rapport officiel relatif à une proposition de MM. Héreau, Fournier et Lamarre, qui veulent substituer leurs savons médicamenteux à tous les pommades et onguents usités dans la médecine humaine et dans l'art vétérinaire.

M. Gibert rappelle d'abord quelques antécédents du docteur Héreau :

En 1842, M. Héreau publiait et annonçait à grand renfort d'affiches une très-mince brochure intitulée : « *Des parasites cutanés de l'homme, théorie rationnelle de la cause et du traitement des maladies de la peau.* »

En tête de cette publication était placée l'épitre dédicatoire suivante :

« A Messieurs les membres de l'Institut, de l'Académie royale de médecine et du Conseil général des hôpitaux.

« Messieurs, des faits nombreux que nous avons *constatés* et dont nous avons patiemment recueilli les observations pendant plus de 25 années d'exercice, soit dans les hôpitaux, soit dans le cours d'une pratique étendue, il résulte *que toutes les maladies connues sous le nom de dartres*, même les plus graves et les plus invétérées, peuvent être guéries dans un temps moyen de deux mois, quelques-unes même *en très-peu de jours*, par un traitement peu coûteux, point douloureux, nullement gênant, et dont l'innocuité est complète *lorsqu'il est employé par des mains exercées, etc.* »

Malheureusement l'auteur réduisait lui-même sa prétendue découverte à une assez mince valeur, en termes assez naïfs pour qu'ils méritent d'être rapportés au moins en substance :

Atrribuant *à priori* la cause des dartres à l'existence d'animalcules, plus ou moins semblables à l'insecte qui produit la gale, nous avons dû mettre toute notre application à les découvrir; mais... faute d'occasions, d'instruments convenables ou d'habileté à s'en servir... , nous nous sommes décidé... à laisser à d'autres plus heureux... l'avantage de prouver ce que jusqu'ici, malgré tous nos efforts, *nous n'avons encore pu qu'entrevoir.* »

En 1845, le même M. Héreau publiait une seconde brochure, avec épître dédicatoire au ministre du commerce, où il indiquait la *soude* comme l'agent thérapeutique le plus efficace contre les maladies de la peau, attribuant principalement à cette substance la vertu des eaux minérales généralement employées contre ces maladies. Le ministre ayant renvoyé à l'Académie les propositions de l'auteur relatives à l'administration des eaux minérales naturelles et factices, un rapport de notre collègue, M. le docteur Martin-Solon, a fait justice de ces propositions prétendues *philanthropiques*.

Enfin, par une lettre ministérielle de décembre 1846, l'Académie a été saisie d'un nouveau mémoire de M. Héreau, assisté cette fois d'un pharmacien, M. Fournier, et d'un vétérinaire, M. Lamarre, mémoire dans lequel on propose de substituer des *savons médicamenteux* à tous les remèdes topiques employés jusqu'ici sous forme de pommades et d'onguents.

M. Gibert combat les assertions fort exagérées des auteurs sur la prééminence que les savons doivent obtenir sur les pommades, et les réduit aux avantages d'économie pour le linge et de propreté pour les animaux qui résulteraient dans les hôpitaux surtout, et dans l'art vétérinaire, de la substitution des savons médicamenteux aux pommades. Cette substitution, d'ailleurs, ne saurait être proposée comme une règle générale, car dans les essais thérapeutiques, entrepris par M. Gibert dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, il lui a paru que le plus souvent les pommades se montraient plus efficaces et moins irritantes que les savons.

Le rapporteur a soin d'établir ensuite, par plusieurs citations, que les savons médicamenteux ne peuvent être considérés comme un remède *nouveau*, puisque plusieurs sont déjà connus et usités en médecine.

Enfin, il ne croit pas à la nécessité d'expérimentations spéciales et officielles à ce sujet, puisque la publicité donnée au travail de MM. Héreau, Fournier et Lamarre suffira pour appeler l'attention des médecins et des pharmaciens sur le plus ou moins d'extension à donner

à la substitution des savons aux topiques gras plus généralement usités.

M. Gibert pencherait, pour sa part, à adopter, dans certains cas déterminés, les savons de suie, de goudron, de mercure, d'iodure de potassium comme pouvant remplacer avec avantage les pommades dont on se sert aujourd'hui pour l'administration extérieure de ces divers médicaments.

M. le rapporteur propose, au nom de la commission, de répondre à M. le ministre :

1° Que l'emploi de ces savons médicamenteux est déjà connu depuis longtemps en médecine ;

2° Que les formules proposées par MM. Héreau, Fournier et Lamarre dont plusieurs offrent des composés infidèles, et qui ne tardent pas à s'altérer, ne peuvent remplacer des remèdes topiques d'un usage journalier, etc.....

3° Qu'il est juste de reconnaître, avec les auteurs du mémoire, que, sous le rapport de la propreté et de l'économie, il pourrait y avoir avantage à substituer, dans certains cas, les savons médicamenteux aux topiques gras, plus généralement usités aujourd'hui ; mais que cette substitution, qui intéresse surtout les hôpitaux et l'art vétérinaire, doit être abandonnée à l'expérience et à la sagacité des praticiens, sans qu'il paraisse nécessaire d'instituer à cet effet une expérimentation officielle. (Adopté.)

SÉANCE DU 22 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER COLLARD.

Emploi de la glace comme moyen d'arrêter les hémorrhagies des cavités séreuses.— M. Chassaignac lit un travail sur ce sujet ; en voici les principaux résultats :

Il est des individus qui périssent par suite d'hémorrhagies des muqueuses, dont la cause et le mécanisme échappent.

Il est facile, à l'aide de pinces à crochet, de porter des morceaux de glace dans le fond des cavités muqueuses, de les présenter avec précision sur la surface saignante, et de les faire agir comme moyen compressif et réfrigérant à la fois.

Ces morceaux de glace peuvent, souvent avec avantage, être substitués au cautère actuel.

Jamais on n'a vu, à la suite de leur application, survenir la gangrène jamais non plus leurs pointes, qui s'émoussent en fondant, ne blessent les parties sur lesquelles on les applique.

Ils laissent un residu inoffensif, ce qui permet de négliger notre précaution, ce qui n'arrive pas après l'emploi des caustiques.

SÉANCE DU 29 FÉVRIER.

Sur les luxations du pied considérées en général, et sur une nouvelle espèce de luxation externe du pied par luxation en de-

hors. — M. Huguier lit sur ce sujet un mémoire divisé en deux parties : dans la première, l'auteur s'occupe des luxations du pied considérées en général ; dans la seconde, il décrit une espèce nouvelle de luxation dont le pied peut-être le siége, et qui n'avait pas été observée jusqu'à ce jour.

Examinant les luxations du pied en général, M. Huguier dit quelques mots sur l'histoire de ces sortes de luxations ; il établit que certaines de ces affections ont été admises *à priori* par les auteurs, sans en avoir constaté aucun fait, et sans en avoir bien compris les causes ; qu'au contraire, d'autres vraiment existantes ne semblent pas s'être présentées à leur observation. L'auteur jette ensuite un coup d'œil sur la disposition anatomique de l'articulation du pied ; il envisage d'une manière ingénieuse et philosophique, en même temps que féconde en conséquences pratiques, le mode, les moyens de rapport des surfaces articulaires. De ces considérations anatomico-physiologiques découle une apréciation plus exacte et plus facile des divers déplacements que peuvent éprouver les os qui concourent à former l'articulation de la jambe avec le pied, des causes vraiment prédisposantes de ces déplacements, du mécanisme à l'aide duquel ils s'opèrent. Dans le cours de ce travail, M. Huguier démontre qu'il faut bien se garder de confondre, comme on l'a fait trop souvent, les fractures existantes dans l'intérieur des articulations, lorsqu'elles sont accompagnées du déplacement dans les extrémités articulaires, avec les luxations proprement dites. C'est là une source d'erreurs graves sous le rapport pratique, et dont une étude plus complète et mieux comprise de la disposition des articulations peut nous prémunir.

Passant ensuite à l'examen des luxations dites *en haut* et *en dehors*, l'auteur prouve que ces luxations n'ont pas été observées, qu'il n'en existe dans la science aucun exemple avéré, que toutefois elles sont possibles, et il montre les conditions capables de les produire.

Cette question résolue, M. Huguier apporte une attention toute particulière à l'étude des causes anatomo-pathologiques qui prédisposent aux luxations du pied. Cette étude importe beaucoup, dit-il, à la connaissance positive des diverses espèces de luxations qui peuvent se produire, de leur mécanisme, des raisons de leur fréquence, etc. Ces causes principales et prédisposantes, il les place dans les conditions suivantes :

1° Du côté de la jambe, la situation de l'articulation à l'extrémité du long levier que présente le membre inférieur.

2° Du côté du pied, la situation de l'articulation vers l'extrémité postérieure de cette partie.

3° La brièveté de la malléole interne, relativement à la longueur de

la malléole externe, la coupe oblique de haut en bas et de dehors en dedans que présente la surface articulaire arthrodiale.

4° La coupe très-oblique, également de haut en bas et de dehors en dedans, que présente la face articulaire supérieure de l'astragale.

5° La concavité qu'offre inférieurement le bord interne du pied.

6° L'obliquitè latérale sous laquelle les os de la jambe viennent se rendre sur l'astragale, au lieu d'y tomber perpendiculairement.

7° La grande mobilité, l'étendue et la diversité des mouvements de ces articulations.

8° La solidité et le peu de mobilité des autres articulations tarsiennes et métatarsiennes.

9° Enfin, on doit ranger parmi les causes prédisposantes anatomo-physiologiques, le poids du corps et des fardeaux plus ou moins considérables que supporte à elle seule cette articulation, ainsi que les grands efforts dont elle est le siége dans les grands mouvements généraux de l'économie. Le sol, par rapport à sa nature , sa configuration , est un élément dont il faut aussi tenir grand compte , il constitue une cause prédisposante d'une grande puissance.

Chacune de ces causes reçoit dans le travail de M. Huguier des développements dans lesquels nous ne pouvons entrer.

M. Huguier examine ensuite les raisons qui expliquent la rareté des luxations dites *en avant*. Ces causes ont été appréciées par lui différemment qu'on ne l'a fait généralement jusqu'à ce jour : des expériences renouvelées faites sur le cadavre viennent à l'appui de ses opinions.

Les considérations anatomico-physiologiques, non moins que les faits cliniques, rendent facilement compte de la variété, de la fréquence, du mode de formation des nombreuses espèces de luxation du pied. Ces espèces, sans doute déjà très-nombreuses, ne sont pas, il faut en convenir, encore toutes connues ; le nombre est susceptible de s'accroître, et M. Huguier en fournit aujourd'hui la preuve, en communiquant à l'Académie la seconde partie de son mémoire. Celle-ci est en effet consacrée à décrire l'histoire d'une nouvelle espèce de luxation du pied, observée par lui, et qui n'est décrite nulle part : elle est désignée sous le nom de *luxation externe du pied par rotation en dehors*. Dans le fait que cite M. Huguier, et qui a donné lieu à son travail, la luxation a été accompagnée de la *diastase et de la luxation en arrière de l'extrémite inférieure du péroné*.

Dans la description de ce nouveau genre de déplacement du pied, M. Huguier se guide, non-seulement d'après le fait observé par lui et qu'il a fait constater par un de ses honorables collègues M. Robert, mais encore d'après le résultat d'expériences qu'il a faites sur le cadavre.

Les causes prédisposantes et efficientes de cette affection, son mécanisme, son diagnostic, les indications thérapeutiques, sont établis d'une manière nette et satisfaisante. Il y a donc lieu, selon l'auteur, à ajouter une nouvelle espèce de luxation du pied, à celles déjà nombreuses qui ont été décrites. Sous ce rapport, l'honorable chirurgien de Beaujon a comblé une lacune qui existait dans la science.

Il faut donc reconnaître aujourd'hui que l'articulation du pied peut être le siége de huit espèces différentes de luxation. Mais nous pourrons encore porter le chiffre plus haut. En effet, il est facile d'entrevoir avec M. Huguier la possibilité d'une luxation en sens opposé de la première, et qu'on pourrait appeler par conséquent *luxation* par rotation du pied *en dedans*.

Disons, en terminant cette courte analyse, que le mémoire de M. Huguier jette une nouvelle lumière sur quelques points obscurs ou erronés de l'histoire des luxations du pied, considérées en général ; que l'auteur a le mérite d'avoir observé et fort bien décrit une nouvelle espèce de luxation jusqu'à lui méconnue. Au surplus voici quelles sont les conclusions qui terminent le mémoire de notre honorable confrère.

L'auteur conclut :

1° Que l'articulation du pied doit être envisagée d'une manière différente de celle des auteurs qui n'ont compris que très-incomplétement sa disposition.

2° Que malgré les moyens d'union les plus ingénieux et les plus solides dont elle est pourvue, cette articulation est sujette à de fréquents déplacements, dont les causes prédisposantes étaient inconnues ou à peine signalées.

3° Nous croyons avoir fait connaître mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour les lois de la mécanique animale et le mécanisme d'après lequel s'opèrent les luxations du pied.

4° Nous avons montré pourquoi la luxation simple du pied *en avant* n'a pas encore été observée sur le vivant ;

5° Nous avons indiqué, d'après de nombreuses expériences faites sur le cadavre, quelles étaient les conditions nécessaires pour produire cette luxation (*en avant*) ; quels sont les signes et les lésions qui l'accompagnent ;

6° Nous avons fait voir que le cadre des luxations du pied n'est pas suffisant, puisque nous y avons ajouté une espèce nouvelle, espèce qui a une cause, un mécanisme, des signes, des caractères anatomo-pathologiques particuliers, et qui exige pour sa réduction une manœuvre spéciale ;

7° Enfin que la classification et la nomenclature actuelle des luxa-

tions du pied sont vicieuses, incomplètes, et peuvent être heureusement modifiées.

SÉANCE DU 7 MARS — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Siége de la parole. — M. Bouillaud lit la deuxième partie de son travail sur le siége de la faculté de la parole.

M. Bouillaud se propose, dans cet article, de faire connaître à l'Académie les nouvelles observations qui, depuis 1839, époque de la seconde lecture, sont venues déposer en faveur de l'opinion qu'il soutenait. Voici en quels termes il résume les déductions qu'il tire de ces observations :

Dans le cas de perte complète ou de simple dérangement, de simple lésion de la parole, tenant essentiellement à une affection du cerveau proprement dit (lobes ou hémisphères cérébraux), c'est dans les lobules antérieurs de cet organe que l'affection a son siége.

Or, puisqu'il est établi, démontré par un nombre suffisant de faits bien observés : 1° que les graves altérations morbides des lobules antérieurs du cerveau produisent constamment une lésion de la parole, lésion qui peut aller jusqu'à la perte complète de cette faculté ; 2° que les altérations affectent les lobules moyens et postérieurs du cerveau, les lobules antérieurs restant parfaitement sains, n'entraînent par elles-mêmes aucune lésion notable de la parole ; puisque, répéterons-nous, il en est ainsi, on ne peut s'empêcher d'en conclure que la faculté intérieure ou cérébrale qui préside au langage articulé a pour siége les lobules antérieurs du cerveau.

Le corollaire de cette proposition en matière de diagnostic, c'est que, dans les cas où la parole est plus ou moins profondément lésée par l'effet exclusif d'une affection du cerveau lui-même, on est en droit de localiser cette affection dans les lobules antérieurs de cet organe.

Le corollaire de cette même proposition en matière de thérapeutique, c'est que, dans tous les cas où la parole est plus ou moins profondément lésée par l'effet exclusif d'une affection du cerveau lui-même, si l'on veut appliquer des moyens le plus près possible du siége du mal, si l'on est forcé de pratiquer une opération, celle du trépan, par exemple, pour l'extraction d'un corps étranger, etc., la région frontale de la tête est le point qu'il faut choisir, le lieu d'élection.

M. Castel : Les diverses facultés exigent diverses proportions de puissance nerveuse. Si M. Bouillaud eût été pénétré de la vérité de cette proposition, il se serait évité des recherches inutiles. La lésion des lobes antérieurs fait perdre la faculté de la parole, oui ; mais faut-il en conclure que les lobes antérieurs soient exclusivement affectés à l'exercice de cette faculté ? Non. Ce qu'il faut en conclure, c'est que cette faculté est, de

toutes, celle qui exige le plus de sensibilité. Voyez, en effet, de combien d'éléments se compose la parole : la volonté, l'intelligence, le mouvement. etc. La perte de la faculté de la parole n'est elle que le résultat de la lésion des lobes antérieurs ? Ne voit-on pas la parole se perdre dans l'agonie? Personne n'a oublié la classification que les anciens faisaient des symptômes des maladies graves : la perte de la parole y figurait en première ligne.

En résumé, le cerveau est la source, l'agent de toute l'innervation. Pourquoi toutes les parties n'ont-elles pas une égale influence? C'est parce que diverses facultés exigent une déperdition de sensibilité dans les proportions très-différentes. Les facultés qui s'éteignent les premières sont celles qui exigent la plus grande somme de sensibilité.

M. Rochoux : Dans la première note qu'il a lue, M. Bouillaud m'a présenté comme un adversaire de la localisation des facultés ; c'est une erreur. En 1814, lorsque tout le monde était aux genoux de Gall, j'analysai ses travaux, et j'en conclus qu'il s'était trompé et sur le siége et sur le nombre des localisations. Depuis, tout le monde est d'accord là-dessus, M. Bouillaud lui-même. Je n'avais pas alors de faits ; depuis j'en ai vu en grand nombre. Or il y a de très-nombreux exemples d'individus qui ont perdu la parole sans avoir eu la moindre lésion dans les lobes antérieurs.

M. Rochoux rappelle les exemples qu'il a précédemment cités, et notamment celui qu'a publié M. Bérard, relatif à un carrier qui eut les deux lobes antérieurs du cerveau atteints par un éclat de mine. Cet homme fut porté à l'hôpital Saint-Antoine ; il parla pendant plusieurs jours, puis il fut pris de coma et mourut. A l'Autopsie, on reconnut une énorme contusion du cerveau, dont la partie antérieure était en partie détruite.

M Bouillaud déclare qu'il n'a pas de réponse à faire à M. Castel, dont les objections sont textuellement les mêmes que celles qu'il avait déjà émises lors de la discussion de 1839. Il ne prétend pas défendre la doctrine de Gall ; mais il affirme que, dans les lobes antérieurs, il existe une force particulière qui répond à l'articulation de la parole. Il insiste sur la valeur des lésions locales relativement à la perte de la parole.

Il existe maintenant à Bicêtre un homme qui a été longtemps dans son service, lequel a perdu la parole à la suite d'une hémorrhagie cérébrale ; cet homme a toute son intelligence, exécute tous les mouvements avec facilité, mais ne peut parler. M. Bouillaud affirme que cet homme a une lésion des lobules antérieurs du cerveau, et consent à avouer qu'il s'est complétement trompé jusqu'ici, si, lorsque l'on fera l'autopsie, on ne trouve rien dans les lobes antérieurs.

En ce qui concerne M. Rochoux, il s'étonne de lui voir reproduire

des faits et des objections déjà réfutés, tandis qu'il n'adresse aucune objection aux 80 faits nouveaux qu'il vient d'exposer.

M. Bouillaud termine en portant le défi qu'on lui signale un seul fait contraire à ses doctrines, et il propose un prix de 500 fr. pour la personne qui lui montrera une altération profonde des lobes antérieurs du cerveau sans lésion de la parole.

M. Rochoux : Je n'ai pas besoin de réfuter les faits apportés par M. Bouillaud, je les admets comme vrais ; c'est à lui à réfuter ceux que j'ai invoqués.

M. Bouillaud : Je les ai réfutés.

M. Rochoux : Avant 1839, oui, mais pas depuis. Or, n'y eût-il que le fait de M. Bérard, qu'il suffit, à mes yeux, pour détruire la proposition de M. Bouillaud.

M. Baillarger : Lorsque cette question a été récemment discutée à l'Académie , j'ai dit que l'examen des altérations chez les aliénés paralytiques semblait être favorable à l'opinion soutenue par M. Bouillaud ; chez ces malades, en effet, il y a constamment un embarras plus ou moins grand de la parole, et en général les altérations prédominent sur les lobes antérieurs du cerveau. J'ajouterai aujourd'hui deux observations dont l'une peut être diversement interprétée, dont l'autre doit être réunie à celles qui ont été opposées à la doctrine de M. Bouillaud.

M. M.... âgé de 38 ans, lieutenant au 25e de ligne, offrait à son entrée à Charenton les signes d'une démence simple. Il était d'une indifférence extrême; sa mémoire était très-affaiblie ; ne savait dans quelle année il était, ni depuis combien de temps il avait été conduit dans l'établissement : le soir, il ne retrouvait plus sa chambre. Il se promenait toute la journée, n'adressant la parole à personne, ne demandant jamais rien. Quand on l'interrogeait, ses réponses étaient justes, mais lentes et brèves. On ne remarquait aucune hésitation apparente dans l'articulation des mots.

Dans les premiers jours d'octobre, le malade cesse de se promener ; sa physionomie s'altère : assoupissement, parole difficile, démarche chancelante. Dès le 9 octobre, le malade cesse de parler ; il fait signe qu'il comprend, mais ne prononce plus un seul mot. La mort arrive le 15.

A l'autopsie , on trouva dans le lobe antérieur droit une hydatide grosse comme un œuf de pigeon ; cette hydatide occupait le centre de la substance blanche qu'elle avait refoulée. Dans le lobe antérieur gauche, il existe une autre hydatide un tiers plus petite. Il y avait en outre un grand nombre d'hydatides à la base du cerveau. Dans le lobe moyen droit, ramollissement de la substance blanche d'un demi-pouce d'étendue. On trouve encore, dans le lobe postérieur droit, une petite hémorrhagie déjà ancienne.

La seconde observation a été récemment recueillie à la Salpêtrière dans le service de M. Lélut. La femme Larry, épileptique, entrée à la Salpêtrière depuis vingt ans, n'offrait aucune trace de paralysie. On n'avait non plus remarqué chez elle aucune altération de la parole. Le 18 janvier dernier, elle mourut d'une pneumonie. On fut très-étonné, à l'autopsie, de trouver le lobe antérieur droit du cerveau creusé d'une vaste cavité remplie de tissu cellulaire infiltré de sérosité.

Dans les cas de ce genre, on explique la persistance de la parole en admettant que le lobe resté sain supplée au lobe détruit ; mais je crois devoir faire remarquer que, si cette hypothèse est jusqu'à un certain point admissible quand on considère le cerveau comme agent intellectuel, elle ne saurait l'être quand il s'agit du cerveau considéré comme organe incitateur ou coordinateur des mouvements volontaires. Dans ce dernier cas, l'un des hémisphères ne peut remplacer l'autre. La parole n'en devrait donc pas moins être lésée.

M. Bouillaud rejette, comme incomplétement observé, le fait du service de M. Lélut, et déclare n'être pas en mesure de répondre sur la question de savoir si les lobes du cerveau peuvent se suppléer, sous le rapport de motilité et de la sensibilité.

SÉANCE DU 14 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROYER-COLLARD.

Mode nouveau du préparation du copahu. — M. Lobel André, médecin-pharmacien à Paris, soumet à l'Académie un mode nouveau de préparation du copahu, mode qui offre : 1° une garantie de la pureté de la substance première ; 2° un moyen plus certain de guérison. Ce procédé consiste dans la saponification de la résine de baume de copahu. La résine seule indigestible est saponifiée et tient en suspension l'huile volatile. Par cette méthode, aucun des éléments constituants du baume de copahu n'est éliminé. De plus, ils sont tous devenus complétement assimilables. Les expériences, auxquelles plusieurs praticiens et l'auteur lui-même se sont livrés ne laissent aucun doute sur les avantages relatifs de ce mode de préparation. On évite surtout les douleurs à l'épigastre, le malaise, les éructations et les vomissements.

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

---

27. *Sur la relation de ces deux maladies ; rhumatisme et chorée* ; par le docteur J. Begbie.

(Monthly Journal of medical Science.)

Les auteurs ont parlé, dans ces derniers temps, des rapports qui existent entre le rhumatisme et la chorée ; mais la plupart ont principalement insisté sur la coïncidence de cette maladie spasmodique avec l'inflammation du péricarde. Quelques-uns cependant, et parmi eux les docteurs Prichard et Scudamore, ont considéré plus particulièrement la chorée comme une des conséquences du rhumatisme articulaire aigu. Le travail de M. Begbie est destiné à mettre en relief une circonstance intéressante de l'histoire de ces deux maladies, à savoir leur existence réunie ou séparée chez les différents individus de la même famille, et leur liaison probable avec quelque diathèse morbide. Jusqu'ici, on a expliqué la coïncidence du rhumatisme et de la chorée par l'extension ou la métastase de l'inflammation rhumatismale sur les membranes de la moelle épinière ; mais cette explication n'est nullement applicable aux faits rapportés par le docteur Begbie. En effet, dans aucun, on ne trouve l'extension de l'inflammation rhumatismale aux membranes rachidiennes, pas plus que l'irritation du nerf phrénique, à laquelle le docteur Bright a fait jouer un si grand rôle dans le développement de la péricardite chez les choréiques. Dans un de ces cas, la chorée est survenue après une seconde attaque de rhumatisme, sans aucune complication apparente du côté du cœur ; et dans le seul cas de péricardite rhumatismale que l'auteur ait observé dans une famille où il y avait une grande disposition à la chorée, cette dernière maladie n'existait pas. Deux autres cas de chorée se sont trouvés pendant le cours d'affections inflammatoires du cœur ; mais ce n'était pas la membrane externe, mais bien la membrane interne de cet organe qui était le siége de l'inflammation.

Au reste, voici en peu de mots les faits sur lesquels le docteur Begbie s'est proposé d'établir son opinion : le premier de ces faits est relatif à un homme de 30 ans, atteint pour la seconde fois, au mois de janvier 1845, d'un rhumatisme articulaire aigu. L'aînée de ses enfants, petite fille délicate, âgée de 5 ans, était atteinte depuis quatre semaines, à la même époque, d'une chorée

des mieux caractérisées. La seconde observation, beaucoup plus concluante que la première, est relative à une famille d'une dame veuve, composée de neuf enfants, ayant de 7 à 21 ans, et présentant l'aspect de la constitution scrofuleuse. Leur père était mort à 47 ans, d'une affection du cerveau, et la phthisie était héréditaire du côté de la mère. Un de ces enfants, petite fille âgée de 12 ans et demi, était atteinte de chorée depuis près de deux mois. Cette chorée céda en trois semaines aux purgatifs et à la solution arsénicale. Un an et demi après, une de ses jeunes sœurs fut affectée de la même maladie ; même traitement, qui réussit également chez celle-ci. Quelque temps après, un des fils, âgé de 18 ans, fut pris d'un rhumatisme subaigu, pendant lequel se développa une péricardite : trois semaines après, il était guéri. Pendant la convalescence de ce jeune homme, l'auteur reconnut, chez la première malade et sur une autre sœur âgée de 25 ans, les symptômes d'une affection tuberculeuse ; effectivement elles succombèrent deux mois après. La même maladie se développa chez le jeune homme rhumatisant ; et malgré un voyage sur le continent, il mourut un an après. La seconde choréique fut atteinte, à 15 ans, d'un rhumatisme articulaire subaigu et assez mobile ; pendant le cours du rhumatisme, il se déclara une endocardite. Pendant sa convalescence, la chorée se reproduisit de nouveau, moins intense à la vérité, mais bien plus rebelle aux agents thérapeutiques. Quant à la troisième observation, il s'agit d'une dame qui avait eu un rhumatisme aigu quelque temps après la naissance de son premier enfant. Ce même enfant, parvenu à l'âge de 17 ans, fut atteint de chorée, sans avoir eu de rhumatisme; tandis qu'un frère moins âgé eut plusieurs atteintes de rhumatisme, dont la dernière se termina par une endocardite, et une chorée, qui survint lors du dernier rhumatisme, qui dura plusieurs mois jusqu'à la mort. La sœur de ces enfants avait eu, à 17 ans, une chorée légère. En résumé, dans cette famille, on compta trois cas de rhumatisme aigu et trois de chorée. Enfin le quatrième cas a trait à une famille composée de dix membres, dont quatre avaient été atteints de rhumatisme à différentes époques. L'un de ces derniers, âgé de 12 ans, fut pris, après un voyage en chemin de fer, d'un délire violent, qui parut d'abord céder, mais qui se reproduisit de nouveau sous l'influence d'un lavement opiacé ; à cette seconde attaque on constata les signes d'une endo-péricardite, qui se termina d'une manière heureuse. Une autre membre de cette famille souffrait depuis dix ans d'une affection névralgique ; un troisième, qui n'avait jamais eu ni rhumatisme ni névralgie, avait eu deux at-

taques de chorée, l'une de quatre mois de durée, à l'âge de six ans, l'autre de deux mois à l'âge de 8 ans.

Tels sont les faits qui ont conduit le docteur Begbie à conclure que la relation de la chorée et du rhumatisme se trouve dans une condition morbide du sang qui appartient à la constitution rhumatismale ; et cette explication s'applique, suivant lui, aussi bien à la chorée qui se développe chez des individus ou dans des familles qui ont hérité de la diathèse rhumatismale, qu'à la chorée qui complique le rhumatisme sans altération du côté du cœur, ou à la chorée compliquée de péricardite, d'endocardite, ou de ces deux maladies à la fois. Les affections inflammatoires du tissu fibreux, aussi bien que les affections spasmodiques du système musculaire, trouvent leur source dans le même désordre spécifique du fluide circulatoire.

Si le docteur Begbie s'était seulement proposé d'établir, d'une manière plus précise qu'on ne l'a fait avant lui, la relation qui existe entre le rhumatisme et la chorée, nous n'aurions aucune objection à faire ; car les faits tendent de plus en plus à mettre en relief la coexistence fréquente de ces deux affections. Si M. Begbie s'était également borné à signaler la cause probable de cette coïncidence dans une altération du sang, nous n'y aurions vu qu'une hypothèse, et par cela même échappant à toute attaque ; mais la confusion qu'il a voulu établir entre deux maladies qui, bien qu'existant en même temps, demeurent toujours distinctes, l'établissement tout à fait arbitraire d'une *constitution rhumatismale*, nous forcent à protester contre de pareilles assertions : les faits qu'il a rapportés à l'appui sont beaucoup moins concluants qu'il le pense. L'expérience a prouvé depuis longtemps que le rhumatisme et la chorée, ainsi qu'un grand nombre de maladies, se développent bien plus facilement chez les sujets délicats que chez les individus robustes et vigoureux. Rien d'extraordinaire, d'ailleurs, que de voir la même maladie frapper, dans une famille nombreuse, plusieurs de ses membres, lorsqu'ils possèdent tous la même constitution, et sont tous placés dans les mêmes conditions pathogéniques. Au surplus, nous sommes loin de considérer ce point d étiologie de la chorée comme parfaitement éclairci.

---

28. — *Sur un signe physique de la pneumonie du sommet ;* par W. Boling, M. D. de Montgomery (Alabama).

(The american Journal of the medical Sciences.)

M. Boling rappelle d'abord que la pneumonie du sommet est de beaucoup plus grave que les autres variétés de la même ma-

ladie, ce qui est, d'ailleurs, parfaitement connu. Il a rencontré, ou pour parler plus juste, il a compté six cas de ce genre dans sa pratique : tous se sont terminés par la mort. Les symptômes généraux et la marche de la maladie sont à peu près les mêmes que dans les cas ordinaires, sauf les circonstances suivantes. D'abord l'altération morbide, même dans les cas mortels, a moins d'étendue que dans les pneumonies de la base ; en second lieu, l'hépatisation s'empare promptement du poumon sans laisser le temps au râle crépitant de se laisser apercevoir ; il y a absence totale du murmure respiratoire, bien que la poitrine, dans le point affecté, résonne encore à la percussion. M. Boling, dans trois des six cas qu'il a notés, a en outre observé un signe qui pourrait bien avoir également existé dans les autres et dont la constatation pourrait quelquefois être fort utile pour le diagnostic. C'est un râle muqueux ou crépitant qui semble partir du larynx ; ce râle est assez fort pour qu'on l'entende à deux ou trois pieds de distance du malade, et il est si persistant qu'on ne cesse pas de le percevoir pendant les efforts que nécessite l'expectoration, et cependant il n'existe aucun signe de bronchite ou de laryngite. Ce bruit est quelque chose de pénible à entendre, parce qu'il semble être l'expression d'un état d'angoisse chez le malade : celui-ci y paraît, toutefois, complétement indifférent, ce qui n'aurait certainement pas lieu si le râle se rattachait à la sécrétion de quelques mucosités dans le larynx. Mais ce n'est que par l'effet d'une illusion d'acoustique que l'on rapporte à ce dernier la production du râle ; car si l'on applique le stéthoscope sur la région claviculaire, on s'aperçoit que ce râle a pour siége véritable le sommet du poumon malade.

C'est l'indifférence du malade à l'existence de ce bruit et surtout la persistance de ce dernier qui en font le caractère distinctif d'une pneumonie se développant au sommet du poumon. Il se produit bien quelque chose dans d'autres affections pulmonaires, et particulièrement dans la bronchite ; mais la toux, les efforts d'expectoration suspendent la production de ce râle pour un temps plus ou moins long, jusqu'à ce qu'il se soit formé un nouvel amas de mucosités. Le malade est, d'ailleurs, loin d'y être indifférent dans cette circonstance.

La pneumonie du sommet est assez rare relativement à celle de la base ; l'observateur ne trouvant aucun signe physique qui lui révèle cette dernière, et négligeant d'examiner les parties supérieures du thorax, peut être tenté d'attribuer les symptômes inflammatoires à quelque engorgement pneumonique central, d'autant plus que la pneumonie du sommet est toujours très-li-

mitée. Le signe indiqué par le docteur Boling peut être de quelque utilité en cette circonstance.

---

29. *Menstruation supplémentaire par un ulcère de la mamelle droite*; par le docteur Baker, d'Abbeville.

(The Southern Journal of Medical Science.)

Le fait suivant offre de l'intérêt non-seulement comme cas rare, mais aussi sous le point de vue du diagnostic et du traitement. — Le 18 février 1846, l'auteur fut appelé à voir mademoiselle H..., âgée de vingt ans environ, pour une affection du sein dont elle souffrait depuis longtemps, et que les commères de l'endroit considéraient et traitaient depuis deux ans comme un cancer. Cette jeune fille, à la première vue, lui parut chlorotique, et elle présentait, d'ailleurs, tous les symptômes rationnels de la chlorose. La menstruation ne s'était jamais opérée régulièrement, et, depuis six mois, il ne sortait plus, tous les mois, que quelques mucosités jaunâtres, glaireuses, quelquefois légèrement teintes de sang, et diminuant de plus en plus au retour de chaque période. L'auteur trouva la mamelle droite développée comme chez une femme qui allaite, un peu mollasse au toucher, ayant le bout proéminent et sillonné par de grosses veines tortueuses. On ne permit d'ailleurs pas à l'auteur d'en faire la comparaison avec celle du côté opposé, qu'on dit être constamment plus petite. A un quart de pouce du bord externe de l'aréole et au-dessous du bout se trouvait un ulcère à bords légèrement relevés, du diamètre d'un pouce et un quart, à le mesurer par la base, présentant à son centre une ouverture d'un quart de pouce seulement, recouverte d'une légère croûte; l'enlèvement de cette dernière donna issue à une petite quantité de matière muco-purulente. C'est une sorte d'ulcère fistuleux, indolent, à bords calleux, de deux pouces et un quart de profondeur. Les glandes axillaires n'étaient ni engorgées ni douloureuses. La mère de la jeune fille dit que tous les mois, ou environ, la mamelle grossissait encore, que l'ulcère s'enflammait, et qu'il en sortait pendant quelques jours une matière sanieuse et puriforme, qu'ensuite l'ulcère se séchait. Cet écoulement avait d'abord été peu abondant, et ne s'était présenté qu'à des époques irrégulières. Lorsqu'il avait lieu, la jeune fille éprouvait des vertiges et des phénomènes abdominaux. Elle rapporte, pour son compte que, quatre années auparavant, voulant retirer d'une haie un œuf de poule, elle s'était enfoncé dans le sein la pointe d'une épine de palmier royal; cette pointe s'était cassée, et elle avait cru la retirer tout entière; mais il s'était

développé de la suppuration qui en avait entraîné un autre fragment ; depuis lors, l'ulcère ne s'était jamais fermé, étant tantôt mieux, tantôt plus mal, fournissant, depuis un an, un peu de sang clair toutes les quatre ou cinq semaines. La mère rappela à cette occasion que sa fille, lorsqu'elle s'était blessé le sein, était à l'époque de ses règles, que celles-ci depuis lors n'étaient plus venues que d'une manière irrégulière, et que, depuis deux ans que le sang coulait de son sein, il n'était plus sorti par le bas qu'une matière blanchâtre. L'auteur prescrivit des injections détersives d'eau tiède avec du savon de Castille ; il le fit panser avec du cérat et fit mettre par-dessus des morceaux de coton ; il prescrivit aussi quelques mesures d'hygiène. En même temps, comme cette jeune fille avait le foie développé et douloureux à la pression, par suite de fièvres intermittentes, il la traita par les préparations savonneuses, par des purgatifs, et fit faire à l'hypochondre droit des frictions avec de l'huile de croton. Plus tard, il lui fit prendre de l'iodure de fer. L'amélioration fut évidente.

Ce fut le 17 mars suivant que l'auteur fut appelé à être témoin des phénomènes de déviation menstruelle. Les veines du sein grossirent ; l'ulcère s'enflamma, devint douloureux et fournit une abondante sécrétion d'une matière jaune et sanieuse ; on fit cesser les injections. M. Baker prescrivit des bains de siége chauds, des pédiluves irritants pour cette période menstruelle, ainsi que pour les suivantes, et fit particulièrement insister sur les frictions à la partie inférieure de la colonne vertébrale, qu'il avait déjà prescrites. On dut également continuer les pilules aloétiques et l'iodure de fer. Ce traitement fut continué avec avantage pendant six mois : la santé générale s'améliorait ; la sécrétion menstruelle devenait à chaque époque plus abondante et plus naturelle, en même temps que celle du sein diminuait. L'auteur pensa pouvoir alors attaquer l'ulcère fistuleux. Il y fit faire des injections d'une solution d'iode et de chlorure de soude, en même temps qu'on appliquait sur la mamelle des compresses trempées dans de la teinture d'iode. Une induration glandulaire de la grosseur d'un œuf de poule, qui se trouvait dans la glande derrière le sein, se fondit ; l'ulcère se ferma au bout de six semaines. La santé de la jeune fille se trouva alors complétement rétablie ; les fonctions utérines s'étaient rétablies dans leur intégrité. L'auteur a joint à cette intéressante communication deux gravures dont il avait lui-même tracé les dessins.

---

30. *Remarques sur la nature parasitique ou végétale du muguet*; par le docteur Fr.-Th. Berg, professeur et médecin principal de l'hospice des Enfants-Trouvés de Stockholm.

(Journal für Kinderkrankheiten.)

L'auteur considère le muguet comme une sorte de moisissure. Cette idée ayant été fortement combattue par le docteur Kronenberg, de Moscou, M. Berg demande à entamer une discussion sur ce sujet. Il commence par donner à son antagoniste quelques avis sur l'emploi du microscope, qui montre toujours ce qu'ils veulent voir à ceux qui n'en ont pas une grande habitude.

Une seconde clause de cette sorte de conférence, serait de n'admettre comme étude de quelque valeur sur le muguet que celle qui serait faite sur le vivant, et non sur les enfants morts ; car c'est pendant la vie seulement qu'on peut reconnaître ce qui n'existe qu'en vertu de cette dernière. Les recherches doivent enfin être faites dans la première période de la maladie et non à l'époque des symptômes secondaires ; car, lorsque le muguet dure depuis longtemps déjà, il se forme une membrane épaisse qui se recouvre à son tour de différents produits de sécrétion ; puis, plus tard, il survient une stomatite ulcéreuse ou quelque autre altération consécutive. Que veut-on maintenant que fasse voir le microscope au milieu de tous ces débris d'altérations anatomiques différentes? Il faut, au contraire, examiner le muguet dès le début de son apparition, surtout avant que l'inflammation ait donné à la muqueuse une couleur rougeâtre, alors que la maladie offre tout l'aspect de petits points à peine gros comme la tête d'une aiguille que l'on voit se développer sur les papilles de la langue, ou bien sous celui de taches, d'anneaux sur la paroi interne des lèvres, des joues, du palais. Lorsque l'on veut examiner à cette période le mal dans son élément le plus simple, voici comment l'on doit procéder. On doit d'abord nettoyer très-légèrement la plaie avec un pinceau trempé dans de l'eau claire, puis enlever avec un instrument dur la couche aphtheuse qui adhère fortement et la porter aussi vite que possible sous le microscope ; l'observateur distingue alors très-nettement l'épithélium et une moisissure; celle-ci se reconnaît aisément à l'œil nu lorsque le cryptogame se prend en grosses masses ; à côté de cette moisissure, on voit, tout au plus, quelques débris de molécules organiques, ressemblant à du blanc d'œuf coagulé. Quelquefois la végétation ne s'observe pas aussi bien, parce qu'elle est cachée par l'épithélium : il suffit alors de verser deux gouttes de solution de potasse caustique sur le verre du microscope pour

rendre l'épithélium transparent, ce qui permet de voir la moisissure. Puisqu'on peut toujours observer cette végétation pendant la première période du muguet, il n'y a point lieu de se demander si elle n'est qu'un élément secondaire de la maladie. L'enduit d'origine gastrique qui recouvre la langue se distingue de la couche aphtheuse en ce que dans le premier on n'observe jamais de végétation. Le muguet se lie-t-il nécessairement à l'existence de ces sortes de lésions ? C'est une question que les recherches déjà nombreuses de l'auteur ne lui ont pas encore permis de résoudre,

Quoique ce ne soit pas nous précisément que le professeur suédois appelle à discuter avec lui, nous ferons cependant observer que les opinions qu'il soutient ne sont pas universellement adoptées. Nous disons les opinions que soutient M. Berg et non simplement sa théorie sur la nature parasitique du muguet ; car ici il y a réellement deux questions : 1° les points blancs existent-ils primitivement avant toute autre lésion ? Oui, répond le praticien suédois. Non, répondent, au contraire, les pathologistes français depuis Billard jusqu'à Valleix. L'affirmation et la négation sont ici toutes les deux trop absolues. Il est vrai de dire, toutefois, que, dans la grande majorité des cas, la rougeur de la bouche précède l'apparition des points blancs qui constituent le muguet, lequel n'est lui-même presque jamais une maladie primitive. Généralement aussi les papilles de la langue prennent un développement insolite avant que le muguet commence à se montrer. Celui-ci enfin est le plus souvent aussi précédé par l'érythème des fesses, et cela plus longtemps à l'avance que par les lésions précédentes, puisqu'il en est comme le symptôme précurseur. Comment donc étudier à la première période de la maladie, comme le demande le professeur suédois, une lésion qui n'est que le commencement de la seconde période d'une affection dont elle n'apparaît que comme l'élément secondaire, non indispensable lui-même, puisque M. Valleix cite un cas de muguet sans fausse membrane (*Clinique des maladies des enfants*) ? — Quant à la seconde question, celle de la nature parasitique ou autre des points blancs, elle perd beaucoup de son intérêt, si ceux-ci n'apparaissent plus que comme un phénomène consécutif. Qu'importe que ce soit une simple concrétion morbide sans aucune trace d'organisation, sans le moindre filet qui paraisse la réunir à la muqueuse sous-jacente, ou bien une moisissure, un végétal comme le veut M. Berg ? c'est pure affaire de curiosité. Du reste, le savant professeur suédois a raison de s'élever contre la prétention de ceux qui font encore aujourd'hui du muguet

une forme particulière de stomatique. Avouons plutôt les uns et les autres les erreurs et les exagérations de nos théories, et reconnaissons que le muguet est encore une affection *sui generis* inconnue à plusieurs.

---

31. *Sur l'apoplexie rachidienne*; par le docteur A. Peddie.

(Monthly Journal of medical Science.)

Sous ce titre, le docteur Peddie a publié le résumé des principales observations d'hémorrhagie intra-rachidienne qui existent dans la science ; malheureusement il a réuni les hémorrhagies qui se sont faites dans l'intérieur des membranes à celles qui ont pour siége la moelle épinière elle-même. Quoiqu'il en soit, les résultats généraux auxquels il est arrivé ne manquent pas d'un certain intérêt, et nous croyons devoir reproduire les conclusions qui terminent ce travail.

1° L'apoplexie rachidienne survient à toutes les périodes de la vie, mais surtout à l'âge adulte; elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

2° Sa terminaison est, en général, funeste, et d'une manière presque immédiate lorsque la moelle allongée est le siége de l'épanchement sanguin ; il s'écoule, au contraire, quelques heures et même quelques jours, lorsque l'hémorrhagie a eu lieu dans les membranes, à la partie supérieure du canal vertébral. Si le sang épanché est en petite quantité, ou si, plus abondant, il n'occupe que la région dorsale, la vie peut se prolonger pendant des années entières.

3° La situation et l'étendue de l'épanchement varient beaucoup : tantôt il a lieu entre les os et les membranes ; tantôt dans l'intérieur des membranes elles-mêmes; d'autres fois sous la pie-mère, en dehors du cordon médullaire, ou enfin dans la substance grise de la moelle. Les hemorrhagies sont fort rares dans la portion crânienne du cordon médullaire; circonstance qui contraste avec la fréquence des hémorrhagies de la protubérance. Les hémorrhagies se rencontrent presque aussi souvent dans la portion cervicale que dans la portion dorsale de la moelle; elles sont beaucoup moins communes dans la portion lombaire. Le sang est parfois mélangé avec de la sérosité ; quelquefois liquide et sans mélange, mais le plus souvent coagulé. L'hémorrhagie occupe tantôt une grande surface, tantôt une surface médiocre ; et les caillots qui existent dans ce dernier cas n'ont pas ordinairement d'enveloppe membraneuse, même après vingt ou vingt-quatre jours. Dans deux cas, cependant, il y avait un véritable kyste, qui était complétement vide dans l'un d'eux, et qui ren-

fermait seulement dans l'autre des restes ou des débris de caillots; quelquefois le sang est infiltré dans le centre de la moelle; d'autres fois dans une de ses moitiés, ou dans toute son épaisseur, se bornant à séparer seulement les fibres médullaires. Dans d'autres cas enfin, une portion ou la totalité de la moelle peut être complétement déchirée. Dans un cas, après un intervalle de vingt à trente jours, on a trouvé une ecchymose jaunâtre, qui s'étendait sur tout le trajet du cordon médullaire ; et dans un autre cas, après un intervalle de deux ans et demi, on a trouvé une coloration vert foncé d'une partie de la moelle.

4° Les causes de l'hémorrhagie rachidienne sont imparfaitement connues. Parmi les causes prédisposantes, les plus probables sont la diathèse scrofuleuse et rhumatismale, les troubles persistants de la digestion, les attaques d'apoplexie antérieure, ou l'existence de maladies organiques du côté du cerveau. Parmi les causes déterminantes, les plus certaines sont les fatigues excessives, et les violences extérieures vers la colonne vertébrale.

5° Les symptômes précurseurs ne sont jamais ni constants, ni tranchés ; le plus ordinairement il y a de la céphalalgie, de la langueur, de la faiblesse, de la douleur vers la colonne vertébrale ; de la gêne dans les mouvements du cou, et des douleurs dans les bras, lorsque la région cervicale est affectée ; de la faiblesse des membres inférieurs, des défaillances, de la difficulté dans la miction, lorsque c'est dans la région dorsale ou dans la région lombaire que la maladie a son siege. Le plus souvent, mais non toujours, l'invasion est subite et marquée par un accroissement de douleur, correspondant au siége de l'épanchement, à laquelle succède tout d'un coup une paraplégie, et quelquefois des convulsions, mais sans fièvre. Lorsque la mort ne survient pas en peu de temps, on voit paraître des contractions spasmodiques, de la gangrène de la région sacrée ou d'autres parties, et les symptômes ordinaires d'une paraplégie, suite du ramollissement inflammatoire de la moelle.

6° La douleur occupe tantôt un seul point de la colonne vertébrale, le point correspondant à l'épanchement ; tantôt toute l'étendue de cette colonne, lorsque l'épanchement est plus considérable. Elle est surtout aiguë, lorsque l'hémorrhagie s'est opérée en dehors de la moelle, et détermine une violente irritation des membranes d'enveloppe ; elle est sourde, lorsque le cordon médullaire est comprimé, ses fonctions annihilées; elle manque enfin, lorsque l'extravasation sanguine s'est faite graduellement dans la substance grise, sans déchirer les filaments nerveux, ou sans exercer d'action sur les membranes.

7° La paralysie est constante, et affecte toutes les parties qui reçoivent les nerfs spinaux de la portion située au-dessous du sang extravasé ; elle affecte la forme de l'hémoplégie, lorsqu'un épanchement circonscrit comprime un seul côté de la moelle, en affaiblit ou en abolit les puissances motrices et sensitives. Dans ce cas-là, l'effet est *direct*. Suivant l'étendue dans laquelle sont intéressées les portions antérieure et postérieure de la moelle, il y a de grandes différences, par rapport aux lésions de la sensibilité et de la motilité ; c'est dans ces cas que l'on peut voir survenir, ce qu'on appelle l'*hémiparaplégie*. Le plus souvent cependant, par suite du petit volume de la moelle et du voisinage des diverses branches nerveuses, il en résulte une paraplégie, qui affecte à la fois les nerfs moteurs et sensitifs, et les deux côtés du corps ; la disposition anatomique de la moelle explique d'ailleurs comment une paraplégie peut succéder à une hémiplégie. En même temps que la paralysie des extrémités inférieures, on observe la paralysie du rectum et de la vessie. Ce dernier phénomène précède, en général, le développement de la paraplégie.

8° L'intelligence n'est pas altérée ordinairement dans l'apoplexie spinale. Cependant l'hémorrhagie qui a lieu dans la moelle allongée est presque toujours suivie de perte de connaissance ; il en est de même lorsque l'épanchement sanguin remonte assez haut dans le canal vertébral, pour comprimer cette portion de la moelle. L'apoplexie de la portion cervicale du cordon médullaire, dans sa moitié inférieure, n'apporte aucun trouble à l'accomplissement des fonctions respiratoires ; car, bien que les muscles intercostaux et les muscles expirateurs soient paralysés, le diaphragme continue ses fonctions. L'hémorrhagie de la moelle allongée amène, au contraire, l'asphyxie d'une manière très-rapide. Il en est de même toutes les fois que la maladie siége au-dessus de l'origine du nerf phrénique. Il peut survenir des convulsions sans inflammation de la moelle. Quant aux contractures, aux tiraillements spasmodiques et à la roideur tétanique, on peut les regarder comme des signes de l'inflammation médullaire, qui succède à l'apoplexie rachidienne. La méningite et la myélite sont, en effet, les conséquences fréquentes de ces épanchements sanguins ; elles peuvent exister isolément ou réunies. Rien ne prouve que l'apoplexie rachidienne ait été jamais précédée d'une méningite, tandis qu'elle l'a été probablement plus d'une fois par la myélite.

9° Dans les paraplégies chroniques, consécutives à l'apoplexie rachidienne, on observe les mêmes phénomènes que dans les paraplégies qui dépendant d'autres causes : ainsi, la gangrène de la

région sacrée et de la région trochantérienne; les désorganisations des reins, des urétères, de la vessie; l'alcalinité de l'urine; les troubles de la sécrétion hépatique et de l'appareil digestif; l'élévation de la température cutanée; la mort lente et tranquille.

10° Bien qu'il n'existe aucun signe vraiment pathognomonique de l'apoplexie rachidienne, on pourra cependant reconnaître cette maladie d'une manière assez précise, si une paralysie s'est développée subitement dans une étendue plus ou moins considérable des parties inférieures du corps, et surtout si, comme cela a lieu ordinairement, cette paraplégie a été précédée d'une douleur vive, située dans un point supérieur aux parties paralysées; si, en outre, l'intelligence est intacte, la parole libre, la face mobile; s'il n'y a ni fièvre, ni spasme, ni contracture, on sera parfaitement autorisé à affirmer l'existence d'un épanchement sanguin. L'invasion brusque des accidents est le trait principal qui sépare l'apoplexie rachidienne des tumeurs qui compriment la moelle. L'intégrité de l'intelligence et la paraplégie la séparent des maladies du cerveau; et l'absence de fièvre au début, l'absence de douleur quand la paralysie est complète; l'absence de spasme, de contracture, de roideur dans les premiers temps de la maladie, empêchent de la confondre avec l'inflammation de la moelle ou de ses enveloppes.

---

32. *Observation d'inflammation du médiastin*; par le Dr C. Pfeufer, de Bamberg.

(Archiv fur physiologische Heilkunde.)

Le cas suivant est beaucoup plus compliqué que ne le donnerait à penser le titre de l'auteur.

Obs. Un jeune homme de 18 ans, de constitution scrofuleuse, entra à l'hôpital de Bamberg, pour des symptômes d'hypertrophie du cœur, une douleur violente dans le côté gauche de la poitrine, accompagnée de toux et de réaction fébrile. Une saignée du bras, qui lui fut faite, fit tomber les symptômes, et il ne lui resta plus qu'une sensation de pesanteur et de constriction dans la poitrine. Au bout de huit jours, on vit poindre sur le côté du sternum, au-dessous des pectoraux, une tumeur, dont l'ouverture donna issue à une grande quantité de matière jaunâtre; cette incision fit en même temps reconnaître une ouverture fistuleuse, de trois pouces de profondeur, passant dans l'intervalle des cartilages des troisième et quatrième côtes pour aboutir au péricarde; une seconde fistule, de deux pouces de longueur, passait entre les cartilages des seconde et troisième côtes et se terminait sur un point dénudé du sternum. Cette ouver-

ture fistuleuse s'agrandit rapidement, au point de souffrir en quelques jours l'introduction du doigt. Le corps du sternum, sous l'influence des seuls battements du cœur (et la formation du pus y aidant sans doute aussi un peu), se détacha du manche de l'os. D'un autre côté, après l'ouverture de cet abcès, il sortit du pus avec les urines; le dépôt purulent montait à trois pouces dans un vase de huit de hauteur. Cette évacuation, qui parut soulager beaucoup le malade, cessa après quelques jours et fut suivie d'une douleur au-dessus de la tubérosité du tibia gauche avec œdème de la jambe et du pied. Le malade se trouva bien de l'application de quelques sangsues sur ce point: l'œdème cependant s'étendit jusqu'au milieu de la cuisse; on le modéra par des mouchetures et par l'application du bandage spica; mais le retour de la douleur fit bientôt renoncer à ce dernier. Une tumeur fluctuante venait de se former; il en sortit à l'ouverture une grande quantité de pus séreux et ichoreux; on reconnut au fond de l'abcès que le tibia était dépourvu de périoste dans un pouce et un quart d'étendue. Cependant ces formations purulentes des parties inférieures avaient comme suspendu celles des parties supérieures: l'abcès de la poitrine cessa quelques jours de suppurer et il se développa des granulations sur la surface cariée du sternum. Puis la sécrétion du pus recommença en ce point, tandis qu'elle tarissait à l'abcès de la jambe. Ce dernier s'était transformé en un ulcère d'un rouge vif, qui prit l'aspect de la gangrène d'hôpital la veille de la mort du malade, laquelle eut lieu quarante-cinq jours après l'entrée à l'hôpital. Deux jours avant, une nouvelle fistule s'était ouverte du côté gauche, entre la quatrième et la cinquième côte.

A l'*autopsie*, on trouva la portion cariée du sternum couverte d'une pseudo-membrane cartilagineuse d'un quart de pouce d'épaisseur. Sous le sternum se trouvait un kyste de forme cylindrique d'un pouce de diamètre et ayant un quart de pouce d'épaisseur; il s'étendait depuis le commencement du manche jusqu'à l'insertion du cartilage de la septième côte. C'était à cette poche que venaient aboutir les trois fistules mentionnées plus haut. Les poumons étaient sains: le ventricule gauche était hypertrophié, le droit dilaté. Le sein gauche contenait, dans sa moitié inférieure, un grand nombre de points purulents, ainsi que quelques kystes, également purulents.

L'auteur avait intitulé son observation: *mediastinitis*; terme que nous avons préféré remplacer par l'expression d'inflammation du médiastin. Nous n'aimons pas, en général, à altérer les titres des travaux que nous analysons, ces travaux étant, en

quelque sorte, la propriété des auteurs. Nous préférons les critiquer au besoin. Or donc, sans nier la part que l'inflammation a pu prendre dans le cas précédent comme élément secondaire, nous contestons qu'elle ait été primitivement le point de départ du travail pyogénique qui a fini, en se multipliant dans l'économie, par emporter le malade. Ce dernier était évidemment en proie à une diathèse scrofuleuse. La saignée qui fut faite lors de son entrée, et qui semblait impérieusement commandée par les symptômes locaux qu'elle enleva en partie du moins, cette saignée ne fit probablement que hâter le développement du travail pyogénique, qui ne pouvait entrer dans les prévisions du médecin. Ce cas offre encore de l'intérêt sous d'autres points de vue : on y remarque l'antagonisme entre les abcès du médiastin, du rein et celui du tibia, antagonisme en vertu duquel la suppuration de l'un suspendait celle des autres. Ce cas peut aussi éclairer un peu la question si débattue de l'absorption du pus et de la diathèse purulente. Si l'absorption eût eu lieu, il y aurait eu une fièvre caractéristique, ce que l'on n'a point observé ; il y aurait eu également des symptômes d'affection pulmonaire pendant la vie et formation d'abcès dans leur tissu. Or, les poumons furent trouvés sains. Pour nous, nous voyons moins dans ce fait une inflammation du médiastin, du rein ou du tibia, qu'une diathèse purulente, tendant à faire explosion sur divers points à la fois et que nous combattrions pour notre compte, en pareil cas, par un altérant énergique, tel que le calomel à doses réfractées (cinq centigrammes, un toutes les heures). On sait, qu'ainsi employé, cet agent produit des effets infiniment plus marqués que donné à haute dose en une seule fois. Il a ainsi prévenu la formation du pus dans un cas de péritonite puerpérale. Ces doses minimes de calomel amènent ordinairement le gonflement des gencives, une éruption diphthérique de la muqueuse buccale, une salivation abondante et des évacuations alvines. Si la suppuration de l'un des abcès, chez le malade précédent, suspendait la sécrétion du pus dans les autres foyers, on conçoit qu'une forte dérivation portée par le calomel sur toute l'étendue des voies digestives eût pu la supprimer dans tous, arrêter le développement ultérieur du travail pyogénique et peut-être sauver le malade, qui, après tout, n'avait aucun organe profondément atteint. On eût pu également prescrire comme adjuvant les frictions mercurielles à hautes doses ; puis, cette médication épuisée, substituer au mercure un autre altérant approprié à la diathèse scrofuleuse du malade, comme les préparations iodées, en même temps qu'on aurait soutenu la constitution au

moyen des toniques. Telle est la méthode de traitement que nous croirions devoir instituer dans un cas pareil.

---

33. *De l'asparagine dans les maladies du cœur ;* observation du professeur ZIGARELLI.

(Il Severino.)

Le diagnostic des maladies du cœur a atteint, de nos jours, une précision remarquable, grâce à l'heureuse invention du sthétoscope ; il en est résulté une thérapeutique plus rationnelle, et, partant, plus efficace pour la plupart des affections de cet organe. Si quelques-unes d'entre elles restent encore au-dessus des ressources de l'art, parce qu'elles sont entretenues par des vices organiques profonds, un bon nombre, il faut le dire, cèdent habituellement, quand on sait les combattre par des moyens thérapeutiques bien appropriés.

Les médicaments dont on se sert le plus souvent dans le traitement des maladies du cœur, sont la digitale pourprée, le nitre, les acides végétaux et minéraux, l'acide prussique médicinal, et, surtout, l'eau de laurier-cerise, tant préconisée par Tomassini, Borda et Brera ; la scille, le colchique, la racine du *chiococca racemosa*, si commune dans le Brésil, l'asperge, etc.

C'est sur l'asperge que le professeur Zigarelli se propose d'appeler l'attention des praticiens qui cherchent à connaître ce qu'il peut y avoir de certain dans le traitement des maladies du cœur. Robiquet avait déjà trouvé, dans cette plante, une fécule verte, une matière extractive, des sels neutres, principalement du phosphate et de l'acétate de potasse ; Vauquelin y découvrit, avec ce chimiste, un principe auquel il donna le nom d'*asparagine*.

On a bien constaté l'action des asperges sur les voies urinaires, ainsi que la propriété dont elles jouissent de provoquer l'expulsion des calculs. Martin Solon à prouvé que leur action diurétique était due à l'*asparagine* qu'elles contiennent ; leurs propriétés calmantes ont été reconnues par Broussais, par Lemery et par plusieurs autres praticiens de notre époque, qui ont eu beaucoup à se louer du sirop d'asperges dans les palpitations, la toux convulsive, et même dans l'hypertrophie du cœur. Le professeur Zigarelli a également obtenu d'heureux résultats dans des maladies de cette espèce.

L'attention des cliniciens a souvent été portée sur la vertu sédative et résolutive de l'*asparagine*. Le professeur Zigarelli l'a administrée avec succès dans deux cas de palpitations. Un jeune homme de 17 ans, à la suite d'excès de masturbation, avait

de fréquentes palpitations de cœur, que ce praticien regarda comme nerveuses quand il fut appelé, au mois de mars 1844, à lui donner ses soins. On lui fit prendre le matin du fer, et le soir de l'*asparagine* mêlée avec de l'extrait de laitue. Le malade fut mis, en outre, à la diète lactée ; et, au bout de quelque mois de ce traitement, il se trouva parfaitement guéri.

Un gentilhomme de Naples, âgé de 40 ans, doué d'un tempérament bilio-sanguin, et déjà épuisé par l'abus des liqueurs spiritueuses, fut atteint, au mois de février de 1846, d'une violente cardite s'accompagnant de défaillances. Cette maladie, qui était venue à la suite d'une transpiration arrêtée, fut d'abord traitée par des saignées abondantes, tant générales que locales ; et, quand il eut triomphé de la complication gastrique qui existait, le professeur Zigarelli prescrivit du calomel et de l'*asparagine ;* ces deux substances, combinées avec de l'extrait d'aconit napel, furent administrées en pilules. On permit au malade de boire, pour se désaltérer, d'une émulsion faite avec de la laitue cultivée et des amandes douces. Dès le quatrième jour, la maladie commença à s'amender, et, le septième, une résolution complète succéda à des urines abondantes et sédimenteuses. La convalescence fut longue ; le malade, mis à l'usage du lait d'ânesse, prit encore pendant longtemps de l'*asparagine*, et revint, grâce à ce traitement, à la santé la plus parfaite.

Dans plusieurs cas d'hydropéricardite commençante, produite par l'abus des liqueurs spiritueuses et du tabac, le professeur Zigarelli a retiré de très-bons effets de l'administration du sirop d'asperges avec la terre foliée de tartre. Ces substances étaient prises le matin ; le malade prenait en outre, le soir, du calomélas, et était soumis à une diète lactée très-rigoureuse. Quelques mois d'un pareil traitement suffisaient pour amener la guérison de ces maladies.

L'*asparagine* n'a pas, sans doute, une puissance déprimante aussi grande que la digitale sur l'organe central de la circulation ; mais, par contre, elle n'irrite pas la muqueuse de l'estomac comme cette dernière substance. L'action si énergique de la digitale a, du reste, un grand inconvénient : celui de favoriser les congestions, et parfois même l'apoplexie. L'asparagine sera donc substituée avec avantage à la digitale dans le traitement des maladies du cœur, quand on aura affaire à des individus qui auraient quelque prédisposition aux affections comateuses.

---

34. *Sur l'emploi des fumées du datura stramonium dans le traitement de quelques affections des organes respiratoires;* par le docteur G. Namias.

(Giornale Degli Progressi della Patol.)

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé de rappeler l'attention du public médical sur l'utilité de faire fumer le *datura stramonium* dans le cas de maladie spasmodique des organes respiratoires, et principalement dans certaines variétés d'asthme. Il rapporte à ce sujet deux observations qui lui paraissent éclairer la question de savoir quelles sont les espèces d'asthme dans lesquels ce traitement est applicable.

La première de ces observations est relative à une dame atteinte de difficulté de respirer, sans toux et sans fièvre, qui l'empêchait de se coucher et lui faisait passer des nuits sans sommeil. Tout avait été essayé sans succès, lorsqu'on fit fumer à la malade une pipe chargée de feuilles de datura ; le soulagement fut si rapide, qu'à partir de ce moment, elle put se coucher. Toutes les fois qu'elle était menacée de ces accès de suffocation, elle se mettait de nouveau à fumer, et immédiatement elle en était débarrassée. Il est à noter que, chez cette dame, tout phénomène de phlogose ou de lésion de structure des organes respiratoires manquait complétement, et que les accès revenaient sans cause connue, et se terminaient d'eux-mêmes plus ou moins rapidement, ainsi que cela a lieu dans les maladies spasmodiques.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un libraire qui parfois éprouvait, au printemps, de violents accès d'asthme. L'assa fœtida, des vomitifs et les sinapismes suffisaient ordinairement pour le soulager. Dans la saison froide de 1845, ces accidents prirent une grande intensité : le pouls était serré et irrégulier, la face livide, la respiration laborieuse, et opérée par les muscles supplémentaires. Le malade était obligé de garder la position assise dans son lit, et était à chaque instant sur le point de suffoquer. Une saignée d'une livre, et l'administration de l'ipécacuanha n'apportèrent aucun soulagement ; les révulsifs ne firent pas mieux ; il en fut de même d'une nouvelle saignée. Ce fut alors que l'auteur se décida à faire fumer au malade des feuilles de datura. Le soulagement tint presque du miracle : un quart d'heure ne s'était pas écoulé, que déjà la respiration était libre ; le malade se plaignait seulement de fatigue. Le lendemain, la toux qui, pendant les accès d'asthme, s'était montrée rare et sèche, devint humide, fréquente et catarrhale ; puis survint la fièvre,

enfin tous les symptômes d'une bronchite, sans que, cependant, la respiration présentât la moindre gêne. Les boissons émollientes, une émission sanguine, triomphèrent assez rapidement de ces accidents. Un an après, l'asthme s'est de nouveau reproduit ; cette fois encore, le datura a fait cesser les accidents, sans qu'il soit survenu de bronchite.

L'auteur est convaincu que, toutes les fois qu'il existe des phénomènes inflammatoires, il n'y a rien à attendre de ce médicament. Il cite à ce sujet l'observation d'un notaire affecté de dyspnée à la suite d'un emphysème et d'une bronchite chronique, et chez lequel le datura n'eut aucune espèce de succès ; il en a été de même dans un cas de maladie des gros vaisseaux. Autrement dit, les indications des fumées de datura se trouvent dans la perturbation de l'action des nerfs ou des centres nerveux ; toutes les fois que l'asthme est véritablement *spasmodique*, lors même qu'il y a une sécrétion muqueuse abondante, le datura peut rendre de grands services. Ce qu'il importe d'abord de déterminer, c'est s'il existe une complication ou une altération matérielle dans les organes respiratoires.

---

35. *Sur le mode d'action de quelques substances médicamenteuses et en particulier des trois suivantes : Strychnine, morphine, acide hydrocyanique ;* par les docteurs A. Restelli et G. Strambio.

(Gazzetta medica di Milano.)

Le docteur Strambio a obtenu de la municipalité de Milan que tous les chiens trouvés vaguant dans les rues lui fussent envoyés pour des expériences de physiologie et de thérapeutique. Voici les résultats de ses expériences.

1° Quelques substances médicamenteuses, probablement celles qui n'agissent que lorsqu'elles sont absorbées, n'ont pas une action plus prompte et plus énergique lorsqu'on les introduit dans le rectum que lorsqu'on les administre par les voies digestives. Parmi ces substances, il s'en trouve un très-grand nombre qui peuvent produire les effets les plus énergiques, même des effets toxiques, à très-petite dose ; circonstance qui réfute complétement ce précepte, si généralement admis, de doubler et de quadrupler la dose des médicaments, lorsqu'on les administre par le rectum.

2° Un grand nombre de substances, même parmi celles qui agissent avec le plus de rapidité (la strychnine, le plus prompt de tous les poisons solides ; l'acide hydrocyanique, le plus prompt de tous les poisons liquides), n'agissent pas *directement* sur l'appareil nerveux, mais bien *indirectement* par l'intermédiaire de

l'absorption veineuse et de leur transport dans le torrent circulatoire. Il serait donc infiniment utile d'étudier l'administration des médicaments sous le rapport de la plus ou moins grande facilité de l'absorption.

3° Une injection dans les veines est le moyen le plus rapide d'obtenir les effets des médicaments qui agissent par absorption ; on pourrait donc y recourir dans certains cas d'empoisonnements, pour combattre les effets toxiques. L'auteur dit, en effet, n'avoir vu survenir aucun accident à la suite des injections d'air ou d'eau qu'il a faites dans les veines, toutes les fois que la quantité de ces substances introduites n'a pas été suffisante pour troubler à l'instant même le mécanisme de la circulation. Nous avons injecté impunément, dit-il, plus de 2 drachmes d'eau, et un volume d'air au moins égal, sans aucune espèce d'inconvénient : l'alcool à 36° n'a jamais produit, à la dose de 1 drachme et demi, qu'un peu d'ivresse.

4° Le sulfate de morphine possède des effets plus surs et plus prompts que l'acétate ; sa composition est plus constante et plus durable, et quoique moins soluble dans l'eau, il devrait être préféré par les médecins.

5° L'acétate de morphine, dissous dans l'alcool, jouit d'une plus grande énergie, et est absorbé plus promptement que lorsqu'il est dissous dans l'eau.

6° L'acétate et le sulfate de morphine, surtout lorsqu'ils sont injectés directement dans les veines, constituent le meilleur contrepoison de la strychnine.

7° L'acide hydrocyanique médicinal est l'antidote le plus commode et le plus sûr de la strychnine.

Telles sont les conclusions qui résultent des expériences de MM. Restelli et Strambio. N'ayant pas sous les yeux les faits sur lesquels ils s'appuient, il nous est impossible de contester d'une manière absolue leurs assertions ; toutefois, il en est deux qui nous paraissent si extraordinaires (la 6e et la 7e), que nous ne saurions nous tenir trop en garde contre les inductions qu'on pourrait en tirer et contre les dangers qui pourraient résulter de leur application. Jamais, lors même qu'il serait démontré que la morphine et l'acide hydrocyanique fussent les contrepoisons de la strychnine, on ne pourrait être autorisé à y recourir et encore moins à les injecter dans les veines.

---

36. *Danse de Saint-Guy guérie par le camphre;* par le docteur ANTONIO ZAPPOLI.

(Bulletino delle Scienze Mediche della Societa Medico-Chirurgica di Bologna.)

Nous allons rapporter un cas de guérison de chorée obtenue dans les circonstances suivantes.

OBS. — Un jeune paysan, doué d'une bonne constitution, ne comptant aucune maladie héréditaire dans sa famille, se trouva tout à coup pris d'une chorée si intense, que tous les muscles à la fois étaient livrés aux mouvements les plus bizarres et les plus désordonnés. Toutes les fonctions s'exécutaient d'ailleurs bien : le malade ne se plaignait que d'un peu de pesanteur et d'une sensation pénible siégeant constamment à la nuque et le long de la colonne vertébrale. Comme le malade avait mangé une grande quantité de noix avant le développement de la chorée, et comme cette dernière s'était, d'ailleurs, développée sans cause appréciable, M. Zappoli débuta par l'emploi des purgatifs : il fit d'abord prendre à son malade du jalap et du calomel ; il associa plus tard à ce dernier de la santonine, ce qui provoqua des évacuations alvines abondantes , et plusieurs fois aussi la sortie de vers ascarides lombricoïdes; mais la chorée ne s'en trouva nullement modifiée. Après avoir néanmoins employé la médication anthelminthique jusqu'à ce qu'il n'y eût plus de vers dans les selles, M. Zappoli eut recours à divers agents modificateurs du système nerveux : la morphine, l'opium et la racine de valériane ne procurèrent aucun résultat. L'auteur s'adressa alors au camphre. Il fit prendre tous les jours à son malade un scrupule (1 gramme 30 centigrammes environ) de camphre, associé à quelques grains de poudre de valériane et d'assa fœtida. La chorée se trouva sensiblement diminuée dès le troisième jour de l'administration de ces nouveaux agents. La dose de camphre fut doublée et l'amélioration continua de faire des progrès. Comme il pouvait y avoir du doute sur la part d'action relative des trois substances qui composaient la médication, M. Zappoli n'administra plus que le camphre et en augmenta progressivement la dose. La marche vers la guérison fut encore plus rapide que précédemment. Le malade se trouva complétement guéri après dix-huit jours de ce traitement, la chorée ayant duré en tout soixante jours. Il avait pris 500 grains ou 25 à 30 grammes de camphre.

Le fait qui précède est loin d'être isolé dans la science : plusieurs autres cas se sont présentés en diverses circonstances, et toujours nous avons vu le camphre produire une sédation

rapide. Le camphre n'est peut-être pas assez recommandé dans la thérapeutique de la chorée. C'est un des moyens par lesquels on pourrait commencer le traitement. Il faut souvent, d'ailleurs, beaucoup de tâtonnements avant d'arriver au succès, de sorte qu'on pourrait presque dire de la chorée comme de quelques autres affections, qu'elle a guéri avec tout, avec les excitants comme avec les sédatifs et les antispasmodiques, avec la strychnine (Trousseau) comme avec l'opium ; et récemment enfin, nous avons vu M. Guersant en traiter et en guérir un cas par l'arséniate de soude, imitant en cela une pratique déjà ancienne chez les Anglais.

---

37. *Trois cas de tétanos traumatique terminés par la guérison.*

(The Southern Journal of Medical Science.)

1er *cas*. Le docteur H'Girt cite un cas de tétanos dû, selon toute apparence, à l'extraction d'une dent, lequel fut traité par la morphine et par des applications de glace sur la colonne vertébrale. Le malade ne trouvait pas d'expression pour faire sentir tout le bien-être qu'il éprouvait de l'emploi du dernier de ces moyens. — Le deuxième *cas* de tétanos a été traité par le docteur Heister, qui a prescrit l'extrait de chanvre indien à la dose de deux grains toutes les demi-heures jusqu'à ce que le sommeil s'ensuivît. Dès la seconde dose, le malade devint tranquille, et après la quatriéme il eut un sommeil d'une couple d'heures. Les spasmes revinrent à son réveil, mais avec moins d'intensité ; on reprit le chanvre à la dose de 5 grains toutes les heures ; le malade s'endormit après la troisième. Les spasmes à son réveil se trouvèrent fort diminués ; le troisième jour, le malade ouvrait librement la bouche et entrait en convalescence le troisième. Ce fait, ajoute l'auteur, prouve d'autant plus en faveur du chanvre, que la guérison eut lieu dans la période où la maladie a l'habitude de se terminer par la mort. — Le troisième *cas* n'est pas aussi probant, car il s'agit là d'un tétanos ayant duré du 12 mai au 15 juin, c'est-à-dire d'un tétanos chronique, et l'on sait que cette variété se termine assez fréquemment par la guérison, quel que soit le mode de traitement. Ce dernier consista, d'ailleurs, dans l'emploi de l'opium, d'abord seul, puis ensuite associé au tartre stibié.

---

38. *Sur la conduite à suivre dans le cas de présentation du placenta ;* par le docteur J.-Y. Simpson, professeur d'accouchements à l'Université d'Édimbourg.

(The Lancet.)

Nous avons fait connaître en son temps le procédé proposé par M. Simpson pour mettre un terme aux hémorrhagies dans le cas de présentation du placenta, procédé qui consiste à décoller complétement le gâteau placentaire, et à en pratiquer l'extraction avant celle du fœtus. Cette méthode a suscité en Angleterre les débats les plus orageux entre son auteur et la plupart des médécins placés à la tête de l'enseignement obstétrical. M. Simpson, accusé de faire de sa méthode une méthode générale, dans le cas de présentation du placenta, a cru devoir protester contre une pareille assertion ; et dans le travail que nous avons sous les yeux, il a posé ce qu'il croit être les principes généraux du traitement de ce grave accident. Suivant lui, il est un certain nombre de cas dans lesquels le décollement et la présentation du placenta ne réclament de la part de l'accoucheur aucune coopération active. Ainsi, lorsque l'hémorrhagie cesse ou diminue considérablement , lorsque, par les progrès naturels du travail, les membranes se rompent, et la tête descend dans l'excavation du bassin, ou dans quelques-uns de ces cas rares de présentation complète du placenta, dans lesquels la structure vasculaire du placenta a été profondément modifiée, avant le développement du travail ; de même lorsque le placenta est décollé en totalité , et chassé par la tête de l'enfant, sans hémorrhagie importante ; autrement dit, toutes les fois que les dangers que peut déterminer l'intervention de l'art sont plus grands que ceux que peut faire craindre l'hémorrhagie, l'accouchement doit être abandonné à lui-même. Ces derniers cas, M. Simpson le reconnaît, sont malheureusement trop rares ; et alors il faut avoir recours à l'une ou l'autre des trois méthodes suivantes : 1° l'évacuation artificielle des eaux de l'amnios ; 2° l'extraction artificielle du fœtus ; et 3° le décollement artificiel du placenta.

Dans le cas de présentation partielle du placenta, il suffit souvent, pour faire cesser l'hémorrhagie, de rompre les membranes, et de donner issue à l'eau de l'amnios. Certains auteurs anciens, Deventer, Deleurye et Astruc, ont également préconisé ce procédé, comme applicable aux présentations complètes ; seulement ils vidaient les membranes en perforant le placenta avec un troisquarts, un cathéter, ou tout autre instrument de même espèce. Ce moyen compte sans doute un assez grand nombre de

succès, et par sa simplicité même, il semble se recommander à l'attention des accoucheurs ; mais il est bien loin d'être certain dans ses effets. Suivant M. Simpson, il est principalement applicable aux cas dans lesquels l'eau de l'amnios est en très-grande abondance, et le col de l'utérus encore petit et peu dilatable. Mais toutes les fois que l'hémorrhagie dure depuis longtemps, et que les malades sont tombées dans l'affaiblissement, cette méthode ne convient plus, et c'est à l'une des deux autres qu'on doit avoir recours.

La version et l'extraction artificielle du fœtus constituent sans aucun doute la méthode la plus employée, dans le cas d'hémorrhagie grave résultant de la présentation du placenta. La version, à laquelle on a le plus souvent recours, présente cependant cet inconvénient, qu'elle expose à la déchirure du col de l'utérus, qui n'est pas toujours suffisamment dilaté ; et cette déchirure pourrait avoir les conséquences les plus fâcheuses par suite du développement vasculaire de cette portion de l'organe utérin, dans le cas de présentation du placenta. Toutefois, c'est évidemment la seule méthode à suivre, lorsque l'hémorrhagie est très-abondante, le col dilaté ou facilement dilatable, et le fœtus encore vivant. La version n'est pas, du reste, toujours indiquée dans ces circonstances; et lorsque l'hémorrhagie n'est pas fort inquiétante, on peut attendre que la tête de l'enfant soit engagée dans le bassin, et achever l'extraction avec le forceps.

Quant à la séparation complète du placenta, M. Simpson la réserve pour les cas suivants : lorsque l'hémorrhagie est assez considérable pour réclamer l'intervention de l'accoucheur, et qu'elle a résisté aux principaux moyens, et en particulier à l'évacuation des eaux de l'amnios, et que , d'autre part, le peu de dilatation ou de développement du col, le rétrécissement du bassin, etc., rendent la version ou toute autre délivrance artificielle dangereuses ou impraticables; de même lorsque la mort , la non-maturité ou la non-viabilité du fœtus n'imposent d'autre devoir à l'accoucheur que de veiller au salut de la mère. C'est donc chez les primipares surtout, dans le cas de travail prématuré, de rigidité du col de l'utérus, de contraction convulsive de cet organe, de rétrécissement organique du bassin ou des voies de la génération, de mort, ou de non-viabilité du fœtus, et enfin d'épuisement extrême de la mère, que le décollement artificiel du placenta peut être pratiqué. Il ne convient donc pas à toutes les formes de présentation du placenta, quoique cependant à un assez grand nombre et toutes les plus dangereuses et les plus difficiles. Il est bien entendu que, dans le cas de décollement et

d'extraction du placenta, l'extraction du fœtus doit être pratiquée immédiatement, à moins que l'hémorrhagie ne se suspende immédiatement, ce qui, du reste, a lieu dans l'immense majorité des cas.

On remarquera que, dans l'énumération des moyens employés pour arrêter les hémorrhagies dues à la présentation du placenta, M. Simpson ne fait nullement mention du tamponnement vaginal, auquel un grand nombre de praticiens ont recours, et que l'honorable M. Négrier, d'Angers, a cherché à réhabiliter dans ces derniers temps.

39. *Sur la saignée de la veine jugulaire dans les maladies des enfants*, par le docteur Chas.-C. HILDRETH, de Zanesville (Ohio).

(The american Journal of the medical Sciences.)

Nous doutons que l'auteur parvienne à faire adopter ses idées dans la pratique, quelque spécieux que soient ses arguments, dont nous allons citer ici les principaux.

«Je voudrais, dit-il, que l'ouverture de la jugulaire fût la règle et non l'exception, dans la plupart des maladies aiguës des enfants de moins de deux ou trois ans, et même chez les sujets plus âgés, atteints de certaines affections du cerveau ou de la trachée. » L'auteur ajoute que la veine jugulaire offre sur les jeunes enfants bien plus de prise à l'instrument tranchant que celles du bras; rien de plus difficile à ouvrir que ces dernières chez les enfants gras. On évite bien plus aisément la blessure de la carotide que celle de la brachiale. Le danger de mort subite par entrée de l'air dans la veine est purement imaginaire, cet accident n'arrivant que lorsque les jugulaires ont été complétement coupées en travers dans les opérations profondes, et n'étant jamais survenu pour une simple ponction telle que celle de la saignée. On l'évitera d'ailleurs plus sûrement encore en comprimant la veine au-dessus de la première côte, en l'ouvrant à égale distance de la clavicule et de l'angle de la mâchoire, et en ne cessant pas la compression dont nous venons de parler, que la compresse n'ait été, après la saignée, exactement appliquée sur l'orifice. Chez beaucoup d'animaux, c'est la jugulaire qu'on ouvre pour les saigner; cette opération est le plus souvent exécutée par des mains inhabiles, et cependant elle est rarement suivie d'accidents.

La saignée de la veine jugulaire ne semble à l'auteur devoir être évitée que dans les cas d'affections typhoïdes ou malignes; la saignée est d'ailleurs rarement utile dans ces circonstances. Elle

lui semble formellement indiquée dans les affections cérébrales et dans celles des voies respiratoires. Outre que le sang sort près du siége du mal, la rapidité avec laquelle il s'écoule par une large ouverture exerce sur l'économie une impression beaucoup plus vive que le ferait une évacuation plus abondante, mais plus lente, par le bras ou au moyen de sangsues et de ventouses.

L'écoulement s'opère avec une promptitude étonnante chez un enfant robuste, particulièrement lorsqu'il crie. La compresse qu'on a appliquée sur la veine après l'opération peut être retirée lorsque l'enfant est calme; l'ouverture de la veine est bouchée au moyen d'un peu de taffetas d'Angleterre. On pourrait même ne rien appliquer du tout; les cris de l'enfant pourraient seuls rouvrir la plaie; la nourrice appliquerait alors une compresse. Nous avouons que nous trouvons, pour notre part et jusqu'à plus ample informé, cette conduite pleine de périls.

Il est des cas, et l'auteur en convient, où l'application de quelques sangsues fait, chez les très-jeunes sujets, office de saignée générale. Mais il n'en serait plus de même dans les inflammations intenses, ajoute-t-il, et dans ces circonstances, nous avons reconnu à la saignée de la jugulaire, dit l'auteur, un *pouvoir herculéen* (we have found it one of Herculean power in the arrest of inflammation). Et il cite à l'appui de cette assertion hardie trois observations qui semblent la justifier : la première est relative à un cas de congestion cérébrale avec convulsions; la seconde à un cas de croup, la troisième à une hydrocéphale aiguë. Ces faits sont choisis entre beaucoup d'autres.

---

40. *Du varicocèle interne, et de son traitement.*

(Zeitschrift für Rationelle Medicin.)

Le docteur Fritsch, de Fribourg, vient de publier, sur ce sujet, une monographie très-étendue, dont nous extrayons les conclusions suivantes :

1° Le varicocèle est une affection fréquente, mais le plus souvent peu pénible et ne donnant que très-rarement lieu à des accidents graves. Aussi les plus grands chirurgiens ont-ils exclu toute opération de son traitement. Aujourd'hui encore, on a recours à des moyens qu'on sait n'être pas susceptibles de déterminer une phlébite.

2° Seul, le traitement pharmaceutique ne peut, tout au plus, que diminuer le mal; mais c'est un adjuvant très-utile du traitement chirurgical.

3° Les procédés mécaniques arrêtent à peine les progrès du

mal. Cependant un traitement mécanique (avec un suspensoir convenable), associé à une médication interne, dispense le plus souvent de toute opération, à moins d'accidents graves.

4° On ne doit recourir à une opération qu'après avoir essayé les moyens internes et un suspensoir bien appliqué, et seulement dans le cas où l'affection est si étendue ou si douloureuse, qu'elle empêche le malade de vaquer à ses occupations, produit une maladie mentale on des pertes séminales épuisantes. Nous avons encore recours à l'opération, lorsque le varicocèle se complique d'hydrocèle, de hernie mobile et de hernie étranglée ; mais alors nous choisissons un procédé qui guérit en même temps la maladie des veines.

5° Toute idée d'opération doit être exclue lorsqu'il coexiste une hernie adhérente, une disposition générale aux varices, à la suppuration, ou bien des maladies organiques des testicules, des tumeurs abdominales, des prolongements du varicocèle dans le ventre, partout, enfin, où le varicocèle n'existe que comme maladie accessoire.

6° Le procédé de Breschet doit être préféré à toutes les méthodes anciennes et modernes, comme le plus sûr, et celui qui expose le moins aux phlébites, sans qu'on en obtienne pourtant une cure radicale.

7° Quoique jusqu'à présent on n'ait pas encore constaté de phlébite mortelle, à la suite de l'emploi du séton de Fricke, de l'acupuncture, de la ligature sous-cutanée, etc., procédés qui comptent de nombreuses guérisons, mais qui blessent la veine dilatée et quoiqu'on ait exagéré leurs dangers, il vaut mieux recourir aux méthodes qui ne blessent pas les veines.

8° La ligature sous-cutanée des vaisseaux doit être préférée à la ligature directe, à l'enroulement de M. Vidal, à l'acupuncture et à la compression.

9° Le séton et l'acupuncture simple doivent être rejetés, non parce qu'ils reproduisent facilement des phlébites (ce qui n'est pas prouvé), mais parce qu'ils ne garantissent pas des récidives, et parce qu'ils ne produisent pas toujours une inflammation adhésive assez forte pour oblitérer la veine.

10° Dans les cas peu graves, lorsque les malades demandent avec instance à être opérés, et que le varicocèle est compliqué d'hydrocèle, on peut avoir recours à l'incision du scrotum, avec dénudation du cordon spermatique. Cette opération peut, au reste, être appliquée à presque tous les varicocèles, si l'on a soin de prolonger le traitement consécutif, afin que le travail de la

cicatrisation s'opère lentement et fournisse un tissu inodulaire large et profond.

11° La ligature, médiate ou immédiate, n'empêche pas la maladie de récidiver dans les branches collatérales.

12° Lorsque le varicocèle est compliqué de hernie réductible, on peut tenter l'invagination partielle du scrotum, avoir recours au suspensoir et aux lotions froides etc., pour empêcher la récidive de ces deux maladies; on y arrivera encore mieux en retenant la peau invaginée à l'aide de deux ou trois sutures, sur un cylindre, ou sur une aiguille à insectes; le malade restera huit semaines au lit, et n'appliquera pas trop tôt le brayer.

---

41. *Observation de sialorrhée*; par le docteur R.-M. Glover. (London medical Gazette.)

Une ouvrière, âgée de 35 ans, était affectée d'un écoulement très-abondant de salive, coïncidant avec une diminution considérable de la sécrétion urinaire. Cette femme racontait que trois ans auparavant, en portant une charge très-forte, elle s'était forcée, et avait éprouvé immédiatement des douleurs et des battements dans le flanc gauche. Ces douleurs, ces battements, avaient disparu, et il lui était resté seulement de fréquents gonflements du ventre. Un an après, tout d'un coup, et sans cause connue, elle commença à avoir des écoulements aqueux par la bouche, qui se remplissait d'eau à chaque instant. L'écoulement ne survenait que lorsqu'elle était levée; en même temps, douleur à la région épigastrique; urines peu abondantes; fréquents maux de tête; nausées après ses repas; langue rouge et nette, soif vive; anorexie; constipation; pouls faible, à 76; sensibilité à la région épigastrique; sensibilité le long de la colonne lombaire, et dans la région lombaire gauche; engourdissement du bras droit; étourdissements, sueurs nocturnes; affaiblissement considérable. La malade pouvait à peine quitter le lit. Bien qu'on eût employé une foule de traitements, on n'en avait retiré aucun avantage; et depuis plusieurs semaines, on ne faisait plus rien. La malade rendait de 12 à 14 onces de salive, quelquefois claire et transparente, d'autres fois contenant des flocons noirâtres, et, dans ce dernier cas, d'une odeur très-fétide; elle rendait environ une demi-pinte d'urine par jour (8 à 12 onces). Cette urine, d'une pesanteur spécifique de 1,035, contenait, sur 3622,5 grains: 238,51 de parties solides, dont 2,50 d'acide urique, 58,68 d'urée, et 130,4 de résidu; de sorte que la diminution était évidente sur tous les matériaux de l'urine, principalement sur l'urée et l'acide urique. Quant à la salive, elle avait une pe-

santeur spécifique de 1004,2, et elle était faiblement alcaline : les flocons qu'elle contenait étaient de la ptyaline (4/1000). Sur 1000 parties de salive débarrassée par le filtre des flocons et des parties étrangères, on trouvait 995,50 de parties liquides et 4,50 de parties solides, savoir : matière extractive, 1,53 ; carbonates et phosphates alcalins, 1,43 ; graisse et matière extractive soluble dans l'alcool, 0,42 ; albumine et mucus, 0,40 ; sulfo-cyanure et chlorure de potassium ; chlorures et phosphates terreux; perte, 0,72. D'où suivent une diminution dans la quantité des principes normaux de la salive, et une augmentation dans l'extractif animal et les sels. La malade prit tous les jours une pilule de camphre et d'opium, jointe à un laxatif. Les urines augmentèrent d'abord, et l'écoulement de la salive diminua considérablement. Mais bientôt la balance commenca à se rompre de nouveau, et toutes les fois que l'urine diminuait, la salive augmentait. L'auteur administra l'urée, mais il n'obtint aucune espèce de modification, et malgré tous les traitements qu'elle a suivis, la malade est encore dans le même état qu'au moment où elle a commencé à être traitée par l'auteur de cette observation.

— La sialorrhée est une affection dont l'histoire est encore à faire, et il suffit, pour s'en convaincre, de comparer l'observation précédente avec celles que M. Tanquerel a rassemblées dans son travail. Ainsi chez la malade dont nous avons rapporté plus haut l'histoire, la sécrétion exagérée de la salive coïncidait avec une diminution de la sécrétion urinaire et *vice versa*; l'écoulement de la salive n'avait lieu que le jour, et lorsque la malade était levée ; enfin cette malade n'est pas encore guérie malgré les divers traitements employés : tandis qu'il résulte des recherches de M. Tanquerel que l'écoulement de la salive a lieu pendant la nuit et pendant le jour, qu'il disparaît aussi rapidement qu'il est venu ; et enfin on n'y trouve rien qui ait rapport à cette espèce de balancement établi entre la sécrétion urinaire et la sécrétion de la salive.

---

42. *Cas d'ischurie ; boutonnière;* par le docteur Bazzoni.

(Gazzetta Medica di Milano.)

Un homme âgé d'une soixantaine d'années, d'une constitution robuste, menant habituellement une vie sédentaire, fut obligé, par une affaire urgente, de se transporter en voiture à une distance de quinze milles environ du lieu de sa résidence, et de revenir aussitôt chez lui. On était alors au 31 août 1846, et la température atmosphérique était très-élevée. Quelques instants

après être rentré chez lui, cet homme éprouve une difficulté inusitée à uriner ; il y parvient cependant. Après avoir mangé il éprouva de nouveau le besoin d'uriner ; mais il ne put cette fois le satisfaire, et il envoya chercher un médecin. Ce dernier trouva le malade dans un état d'agitation assez vive et se plaignant de douleurs dans la région vésicale. Le médecin trouva également la vessie très-distendue et se mit en devoir de la sonder sur ses instances ; mais il n'y put réussir : la sonde ne pouvait franchir le col de la vessie. Il proposa alors au malade de s'adjoindre l'auteur de cet article, qui, arrivé quelques heures après, trouva le malade dans un état d'exaltation fébrile considérable, et conseilla de pratiquer immédiatement une saignée, d'appliquer des sangsues au périnée et de placer ensuite le malade dans un bain d'eau tiède. Après l'emploi de ces moyens, le malade voulut que M. Bazzoni, essayât à son tour de le sonder. Ces nouvelles tentatives furent inutiles comme les premières. On revint aux émissions sanguines et au bain, et comme on n'obtenait aucune amélioration, on appela en consultation les docteur Prina et Orlandi, puis le docteur Alessandro Tassani, chirurgien de la délégation à Côme et opérateur distingué. Ces trois médecins ne furent pas plus heureux dans leurs tentatives de cathétérisme. On résolut donc de donner issue aux urines par une voie artificielle, L'embonpoint du malade contre-indiquait la paracentèse vésicale pubienne, et l'on sentait, d'ailleurs, que la vessie était profondément placée dérrière les os du pubis. La boutonnière réunit l'assentiment commun. M. Tassani introduisit une sonde dans l'urèthre, jusqu'au point où se trouvait l'obstacle. Il pratiqua ensuite au périnée une incision de la longueur de 3 lignes environ, qui allait correspondre à la portion prostatique de l'urèthre ; il poussa alors une sonde droite jusqu'au col de la vessie, et parvint enfin jusque dans le viscère. Les urines s'écoulèrent immédiatement, et le malade se trouva très-soulagé. L'ischurie se dissipa, et la boutonnière se ferma ensuite au bout d'une trentaine de jours.

---

43. *Pseudarthrose guérie au moyen de la méthode de celse*, par le professeur Carlo Biagini, de Pistoja.

(Gazzetta medica di Milano.)

Adrien Amazzini, âgé de 21 ans, se laissa tomber de sa charrette le 10 mai 1846 : l'humérus droit fut fracturé obliquement un peu au-dessous de son milieu. Le blessé fut immédiatement transporté à l'hôpital de Pistoja, dans le service du professeur Biagini. La fracture fut réduite exactement, et l'on appliqua l'appareil ordinaire en recommandant au malade de faire garder

à son membre l'immobilité la plus absolue. L'appareil ayant été levé au bout de quarante jours, le chirurgien eut la contrariété de voir qu'il s'était formé une fausse articulation. La réduction de la fracture avait été bien faite, le malade était jeune, né de parents sains et jouissant d'ailleurs d'une santé parfaite. On ne pouvait donc rattacher la formation de la pseudarthrose qu'à des mouvements intempestifs de sa part, d'autant plus qu'il était fort indocile. Pour remettre les fragments dans des conditions analogues à celles où ils se trouvent quand la fracture est récente, et déterminer en eux un degré d'inflammation suffisant pour provoquer la formation du cal, M. Biagini recourut au procédé de Celse, lequel consiste, comme l'on sait, à frotter les fragments l'un contre l'autre; puis il procéda à une seconde réduction de la fracture. Grande fut sa surprise, quelque temps après, lorsqu'à la levée de l'appareil il s'aperçut que la fausse articulation persistait toujours. M. Biagini pensant moins à accuser la méthode de Celse qu'une insuffisante application de celle-ci, se mit à répéter trois ou quatre fois les frottements des fragments l'un contre l'autre, en laissant un jour d'intervalle entre chaque manœuvre. Il réduisit ensuite une troisième fois la fracture, et posa l'appareil contentif ordinaire. Quarante jours après, la fracture se trouva enfin parfaitement consolidée.

On a préconisé contre les fausses articulations un assez grand nombre de méthodes curatives plus ou moins énergiques, mais aussi plus ou moins dangereuses : tels sont, par exemple, le séton, le fil d'argent, la résection des fragments. Nous pensons, pour notre compte, que la persévérance de M. Biagini mérite de trouver des imitateurs. La méthode de Celse est beaucoup moins douloureuse et beaucoup moins dangereuse que les divers procédés qu'on lui a substitués depuis. Si elle est moins efficace, c'est peut-être, comme le pense M. Biagini, parce qu'on l'applique d'une manière insuffisante, comme il l'avait fait la première fois; il serait donc bon, comme il le recommande, de frotter pendant plusieurs séances les fragments l'un contre l'autre, afin de provoquer en eux l'irritation nécessaire à la production du cal.

---

44. *Nouvelle méthode de résection des os ;* par le chevalier Bernardino Larghi, chirurgien en chef du grand hôpital de Verceil.

(Giorn. delle Scien. med. di Torino.)

La méthode proposée par l'auteur consiste à n'enlever que la portion osseuse et à respecter le périoste qui doit reproduire cette portion. On sait de quelle importance serait cette reproduction,

qui ne s'opère jamais après les résections dans lesquelles on enlève l'os et sa membrane tout à la fois. Cette pratique, sans avoir été précisément érigée en méthode, comme le veut faire l'auteur, a cependant été une fois essayée avec avantage par M. Blandin. Ce professeur, ayant eu à enlever une portion considérable de la clavicule, conserva avec soin le périoste, et la portion d'os enlevée ne tarda pas à se reproduire. M. Larghi a donc tort de reprocher aux chirurgiens en masse, de ne s'être jamais préoccupés de la reproduction de l'os dans leurs résections. Voici, du reste, quel est le procédé opératoire qu'il indique.

D'abord on ne doit léser le périoste que le moins possible : on se bornera donc à le fendre dans l'étendue rigoureusement suffisante pour permettre l'extraction de la portion osseuse.

Si la portion d'os à enlever est courte, on fera une incision longitudinale, parallèle au sens de la longueur de l'os à réséquer ; cette incision pénètrera à travers les muscles jusqu'à la portion osseuse à retrancher. Le périoste incisé, on détache le périoste de la portion osseuse, ce qui est facile, car il l'est déjà en partie par le liquide gélatineux que la nature lui a fait sécréter dans ce but. On passe ensuite un ruban autour de l'os à l'aide d'une aiguille flexible ; puis on opère des tractions sur l'os au moyen de ce ruban. Les muscles qui s'insèrent au périoste agissent de leur côté en sens contraire, et de cet antagonisme résulte la séparation complète de l'os d'avec son périoste. On pourrait, au besoin, faciliter celle-ci au moyen de quelques injections d'eau tiède. Une fois la portion osseuse isolée, on opère la résection. Si la portion osseuse à extraire est longue, la manœuvre que nous venons d'indiquer est faite à chacune de ses extrémités. Lorsque celles-ci sont isolées du périoste, on les résèque et l'on parvient facilement, à l'aide de quelques tractions, à retirer toute la portion osseuse. Il serait encore possible d'extraire un os long au moyen de deux petites incisions faites à ses deux extrémités, lesquelles pénètreraient de la peau jusques à l'os, en conservant intactes, non-seulement la portion du périoste comprise entre les deux incisions, mais encore toutes les autres parties, sans en excepter la peau.

Le docteur Larghi a plusieurs fois appliqué sa méthode avec succès, chez plusieurs malades, notamment en réséquant d'après ces principes une portion de la 8e et de la 9e côte, une grande partie de l'humérus droit, de l'os iliaque, du cubitus.

---

45. *Empoisonnement par le vert de Schéele (arséniate de cuivre), guéri à l'aide de la méthode italienne;* par le docteur LINOLI, médecin à Pietra-Santa.

(Annali universali di Medicina.)

Nous avons déjà dit que la théorie italienne, considérant la plupart des agents toxiques comme exerçant une action hyposthénisante, traitent les empoisonnements que ceux-ci occasionnent par les stimulants les plus énergiques. Nous avons également rapporté, ces dernières années, un certain nombre de faits venant à l'appui de cette méthode, qui est l'opposé de la méthode française. En voici un nouvel exemple.

OBS. — Le 18 juin 1848, je fus appelé, dit l'auteur, auprès d'une jeune personne de 14 ans, de forte constitution, d'un tempérament sanguin, laquelle se trouvait en proie à de violents efforts de vomissement, à des douleurs abdominales, à des crampes aux jambes, et de temps en temps à des syncopes qui la faisaient croire morte. Les efforts des vomissements amenaient une matière muqueuse d'un blanc-verdâtre, que M. Linoli crut d'abord contenir du sulfate de cuivre. Les parents ignoraient comment l'accident était arrivé : ce ne fut qu'à grand'peine que la malade apprit au médecin qu'elle avait mangé chez son grand'père, fabricant de pains à cacheter, trois paquets de ces mêmes pains à cacheter teints en vert, et qu'elle en avait laissé une partie sur la commode de la chambre où nous étions. Je commençai par administrer une dose d'huile d'olives pour favoriser le vomissement; et en effet, à peine la malade en eut-elle bu un demi-verre, qu'elle vomit des matières vertes en abondance. Comme elle témoignait de la répugnance à avaler une autre dose d'huile, je mêlai cette dernière avec une certaine quantité d'excellent *rosolio alchermès* (liqueur alcoolique), ce qui amena un autre vomissement. On continua ce mélange jusqu'à ce qu'il n'y eût plus de vomissements. Sur ces entrefaites, survint le grand'père de la jeune fille, qui assura à M. Linoli qu'il se servait de vert de Schéele pour teindre ses pains à cacheter. Cependant, aux vomissements près, les symptômes précédemment indiqués continuaient. M. Linoli prescrivit de suite 4 grammes de laudanum liquide que la malade prit dans 32 grammes d'eau de cannelle, dans l'espace de dix minutes. Il en résulta une amélioration instantanée. Mais les symptômes précédents reparurent bientôt avec une telle violence qu'on crut qu'elle allait succomber d'un moment à l'autre. M. Linoli réitéra la même potion jusqu'à concurrence de 16 grammes de laudanum, ce qui procura

immédiatement la disparition des symptômes toxiques. On continua néanmoins quelques doses de la potion pendant la nuit suivante. Le médecin la trouva le lendemain matin dormant tranquillement. Elle n'avait plus eu ni sueurs, ni défaillances, et n'avait eu que quelques légers spasmes de l'estomac et quelques crampes aux jambes. Elle avait également eu quelques garde-robes teintes par le vert de Schéele. M. Linoli prescrivit alors de l'huile de ricin, et fit continuer la potion laudanisée. La malade a continué à aller de mieux en mieux. On lui a permis des aliments substantiels et un vin généreux. La guérison a été prompte, et aujourd'hui 18 juillet, la malade continue à bien se porter.

---

46. *Quatre observations d'inversion de l'utérus, dont trois traitées avec succès par la ligature*) ; par les docteurs A.-H. M'Clintock Michalowski et Green Crosse.

(Dublin Journal.)

Obs. I. — Une femme de 24 ans, qui était accouchée, cinq ans auparavant, d'un enfant mort et avant terme, entra à l'hôpital de la Maternité de Dublin, le 30 août 1844. On apprit que l'enfant s'était présenté dans une position anormale, et qu'au bout de 22 heures de travail l'accoucheur avait été forcé de terminer l'accouchement artificiellement. Le lendemain de son accouchement (8 ou 10 heures après), en cherchant à se soulever dans son lit, elle s'aperçut qu'une tumeur s'échappait du vagin; elle la replaça immédiatement. Son état de faiblesse fut cause qu'elle ne put pas quitter son lit et reprendre ses occupations avant plusieurs semaines. Pendant cet intervalle, la tumeur s'échappait habituellement aussitôt que la malade se livrait à un exercice un peu violent, mais elle se réduisait avec facilité. Au bout de deux mois et demi, époque à laquelle elle avait repris ses forces et sa santé habituelle, elle commença à sortir, et bientôt après, elle fut prise de violentes hémorrhagies par le vagin. Depuis lors et jusqu'à son entrée, c'est-à-dire dans un intervalle de plus cinq ans, ces hémorrhagies ne l'ont pas abandonnée ; elles se montraient tous les quatre ou cinq jours, tantôt peu abondantes, tantôt excessives, surtout à la suite d'un exercice un peu prolongé ou à l'époque des règles ; elles duraient même quelquefois dix ou quinze jours, sans interruption. A son entrée à l'hôpital, sa santé générale était assez bonne, surtout si l'on considère les causes de débilitation, auxquelles elle était soumise depuis si longtemps ; la face était pâle, mais la malade avait de l'embonpoint ; et le pouls, malgré sa faiblesse, conservait son

rhythme normal; douleur constante et tiraillements dans le dos; de temps en temps, de la céphalalalgie, des nausées, même des vomissements; tous les exercices un peu violents donnaient lieu à des palpitations de cœur; tous les efforts étaient suivis de l'apparition de la tumeur au niveau des parties génitales externes; dans l'intervalle des hémorrhagies, il n'y avait autre chose qu'un peu d'écoulement muqueux. Le toucher permit de reconnaître une tumeur globuleuse, arrondie, autour de laquelle le doigt circulait librement, et à la partie supérieure de laquelle se trouvait un anneau, peu distant, formé par le col de l'utérus. En portant une sonde entre le col utérin et ce qu'on pouvait appeler *le col de la tumeur*, cette sonde ne tardait pas à être arrêtée, dans quelque point de la circonférence qu'elle fût portée. *La tumeur n'était nullement sensible au toucher*, et la malade ne s'apercevait pas même du contact du doigt; si on la pressait, au contraire, fortement, elle ressentait un sentiment de gêne dont elle rapportait le siége à la partie inférieure du dos. Cette tumeur était d'un rouge foncé, d'un aspect rugueux et comme villeux; on voyait sourdre le sang de divers points de sa surface (c'était l'époque de ses règles). Le docteur Johnson n'hésita pas à reconnaître un renversement de l'utérus, et il finit par se décider à en pratiquer l'extirpation, ce qu'il exécuta le 18 septembre en portant une ligature très-solide autour du collet de la tumeur à l'aide de la canule de Gooch. Aussitôt après la ligature, la malade se plaignit de quelque douleur dans le dos, et il s'écoula un peu de sang. Dans l'après-midi, il survint des douleurs si vives dans le dos et dans la région utérine, des nausées si fréquentes, qu'il fallut relâcher la ligature. Il y eut d'abord un peu de soulagement; mais comme les douleurs et les nausées continuaient, il fallut encore la relâcher dans la soirée du lendemain. A cette époque, quoique la ligature n'étreignît plus la tumeur que d'une manière très-incomplète, il y avait déjà un écoulement fétide, et on ne tarda pas à voir survenir des accidents réactionnels fort intenses: nausées fréquentes, fréquence du pouls (de 100 à 120), sensibilité à la région hypogastrique. Mais le symptôme dont la malade se plaignit le plus était la douleur dans la région lombo-sacrée, douleur qui, suivant elle, était intolérable. L'écoulement était d'une odeur fétide, et produisait une vive irritation sur le vagin et sur les parties environnantes, quels que fussent les soins de propreté dont on entourait cette malade. Les douleurs devinrent tellement vives vers le onzième jour, qu'on enleva la canule, en laissant la ligature dans le sillon profond qu'elle avait creusé dans le collet de la tumeur. Deux jours après,

on essaya de remplacer la canule de Gooch par celle de Levret, mais il fallut encore y renoncer. Le dix-huitième jour on reconnut que la tumeur était détachée presque à moitié; et le vingt-huitème, le docteur Johnson acheva de diviser avec le bistouri la portion très-petite qui était comprise dans la ligature. Tout n'était pas fini ; il restait encore à extraire la tumeur, qui avait la grosseur de la tête d'un fœtus de cinq mois, de manière à ne pas trop faire souffrir la malade. Enfin, après diverses tentatives infructueuses, on réussit à l'extraire avec une pince à extraction, dont une branche fut placée dans la cavité de la tumeur, et l'autre à l'extérieur. Depuis cette époque, la malade alla tous les jours se rétablissant, le pouls perdit de sa fréquence ; la sensibilité de la région hypogastrique disparut ; il ne lui resta, de tous ces graves accidents, que quelques tiraillements dans le dos et de la sensibilité vers le vagin, symptômes qui, au bout d'un certain temps, ne tardèrent pas à disparaître. Trois semaines après, on pratiqua avec soin le toucher vaginal, et on trouva le museau de tanche un peu entr'ouvert et offrant à peu près l'aspect de cette partie de l'organe, huit jours après l'accouchement. Cette malade est retournée dans son pays, et sa santé était excellente six semaines après.

Obs. II. — Une dame, âgée de 31 ans, accoucha, pour la première fois, le 25 septembre 1840. Le travail fut laborieux; il fallut terminer l'accouchement d'une manière artificielle et aller extraire le placenta. Dans la première semaine qui suivit la délivrance, elle eut quelques nausées et quelques vomissements; et depuis cette époque, toutes les fois qu'elle voulait se mettre sur son séant, elle ressentait de violents tiraillements vers l'utérus. Personne ne soupçonna la nature de ces accidents. Au bout de trois semaines, elle commença à se lever, et au moment où elle se préparait à faire un voyage, elle fut prise d'une violente métrorrhagie. Elle était à peine rétablie et se promenait dans son jardin, lorsqu'il lui survint une nouvelle hémorrhagie, terminée par une syncope. En même temps, une tumeur vint faire saillie à la vulve. Le docteur Johnson, qui fut appelé immédiatement, reconnut une inversion partielle de l'utérus, et en outre un prolapsus de cet organe. Il fut très-facile de réduire la tumeur dans la vagin ; mais il n'en fut pas de même pour réduire la portion renversée de l'utérus. Toutes les tentatives de cette espèce auxquelles on se livra n'eurent pour résultat que d'augmenter les souffrances de la malade et l'irritabilité déjà très-vive de l'estomac. Les forces de cette dame étaient tellement épuisées, qu'on ne pouvait pas même songer à appliquer une ligature. Elle

fut envoyée à la campagne; mais les accidents, au lieu de diminuer, augmentèrent; à chaque époque menstruelle, elle avait une forte sueur abondante qui durait plusieurs jours. Dans l'intervalle, elle était en proie à une irritabilité excessive de l'estomac et à un écoulement muqueux continuel. Elle s'éteignit enfin neuf mois après son accouchement.

Obs. III. — Une femme de 22 ans, qui était accouchée de son premier enfant depuis treize mois, et chez laquelle la délivrance avait été suivie de douleurs très-vives et d'une hémorrhagie considérable, était sujette, depuis cette époque, à des pertes presque continuelles, qui avaient épuisé presque entièrement ses forces, lorsqu'elle vint consulter l'auteur au mois d'avril 1844. M. Michaloski trouva dans le vagin une tumeur pyriforme assez sensible à la pression, saignante au contact, qu'il prit d'abord pour un polype. Mais un examen attentif au spéculum, l'exploration par le rectum, le vagin et l'hypogastre, l'introduction d'une sonde dans la vessie, le récit exact des circonstances antérieures, et surtout l'inutilité des mesures prises contre ce prétendu polype, firent enfin connaître que c'était à un utérus renversé que l'on avait affaire. L'état de la malade était tellement grave, et la mort si imminente, que l'auteur résolut d'enlever la tumeur. Cette opération fut pratiquée, le 11 mai de la manière suivante : la malade étant couchée comme pour l'application de forceps, une pince de Museux fut implantée dans la tumeur; des tractions modérées en déterminèrent la sortie hors de la vulve, et la section fut rapidement exécutée au moyen de ciseaux courbes. La douleur fut presque nulle, il ne s'écoula presque pas de sang; le pouls, à 120, baissa de moitié en quelques heures; la malade accusait des maux de reins, et un sentiment de froid dans le bas-ventre qu'on eut peine à faire disparaître avec des applications chaudes. Vers le huitième jour, le pouls était revenu à son rhythme habituel. Quinze jours après, cette femme est partie pour la campagne. Au mois de décembre sa santé était complétement rétablie, à part quelques douleurs vagues dans les reins et au sein. En pratiquant le toucher, on trouvait le fragment du col si bien cicatrisé, que l'on reconnaissait difficilement la trace de l'instrument tranchant. La pièce pathologique, divisée longitudinalement après l'opération, a présenté, dans sa cavité anormale, remarquablement petite, les replis de la séreuse ramassés, durcis et d'apparence fibreuse. Cette disposition explique en partie le succès de l'opération. Le pièce est aujourd'hui dans la galerie d'anatomie pathologique de la faculté de Montpellier.

Obs. IV. — Le 10 octobre 1841, une femme de 29 ans, en travail depuis plusieurs heures, fut délivrée, à l'aide du forceps, de son premier enfant qui vint mort. Le placenta était adhérent au fond de l'utérus. En exerçant des tractions sur le cordon, le Dr Crosse s'aperçut que le fond de l'utérus se laissait déprimer et avait franchi l'orifice utérin. Alors il repoussa avec les doigts la portion de l'utérus invaginée et acheva de décoller la portion de placenta qui était adhérente. Cette femme devint de nouveau enceinte un an après, et elle accoucha, au bout de huit ou dix heures, d'un enfant vivant, le 14 janvier 1843. La sortie de l'enfant fut suivie d'une hémorrhagie très-abondante. Pressé de terminer l'accouchement, le chirurgien, qui était auprès d'elle, introduisit sa main dans l'utérus, trouva le placenta en partie détaché et en partie adhérent, et chercha à décoller les portions adhérentes ; mais il éprouva les plus grandes diffiultés et il ne put que le retirer pièce à pièce. Appelé auprès d'elle, le docteur Crosse trouva l'hémorrhagie arrêtée. La malade était froide et extrêmement affaiblie. Elle ne reprit sa connaissance que cinq heures après. Comme elle n'avait pas uriné depuis trente-six heures, on voulut pratiquer le cathétérisme et l'on découvrit dans le vagin un corps arrondi, de la grosseur du poing; c'était l'utérus invaginé. Toutes les tentatives que l'on fit pour réduire cet organe furent sans succès. Le quatrième jour, l'utérus invaginé faisait saillie entre les grandes lèvres et formait une tumeur de 12 pouces de circonférence. Sous l'influence d'une compression bien faite, elle diminua de volume, et au bout de huit jours de ce traitement, elle n'avait plus que 9 pouces 1/2 dans sa plus grande circonférence. L'amélioration qui avait eu lieu dans les premiers jours avait fait espérer qu'on réussirait peut-être à réduire l'organe utérin. Mais, au bout de trois semaines, on reconnut que cette réduction était impossible. Comme l'écoulement vaginal, auquel cette tumeur donnait lieu, était fort abondant et que la malade s'affaiblissait de jour en jours, le docteur Crosse se détermina à pratiquer la ligature de la tumeur. C'était un mois après l'accouchement. Il appliqua sur le col de l'utérus, dans le point où la tumeur avait 5 pouces de circonférence, une ligature de soie, qui avait 1/12e de pouce d'épaisseur, et serra cette ligature sur un serre-nœud, de manière à pouvoir augmenter ou diminuer à volonté la constriction. La malade n'éprouva, au moment de la ligature, aucune douleur dans la tumeur, mais bien des douleurs dans les reins et dans la partie inférieure de l'abdomen. La ligature fut serrée tous les jours, et le cinquième jour la surface de la tumeur devint

flasque, brunâtre et se putréfia. On la coupa à trois quarts de pouce au-dessous de la ligature. Le soir même, on s'aperçut que la ligature qui pendait d'abord entre les grandes lèvres était remontée à la hauteur de 1 pouce 1/2 dans le vagin. Au douzième jour, on retira cette ligature, laissant à la nature le soin de détacher le reste de la tumeur. Le 6 mars, tout écoulement muqueux avait cessé; le vagin était intact et fermé supérieurement par une fente transversale qui correspondait au col de l'utérus. Cinq jours après, elle put se lever, et le 20, elle était parfaitement guérie. Il y a maintenant seize mois que cette opération a été pratiquée. Elle jouit d'une bonne santé; ses règles n'ont pas reparu.

De ces quatre observations. la première mérite seule quelques réflexions. En effet, elle fournit d'abord un curieux exemple de ligature d'une portion de l'utérus terminée par la guérison, malgré les symptômes graves dont elle a été immédiatement suivie, et quoiqu'on ait été forcé de relâcher cette ligature quelques heures après. Comme dans presque tous les cas de ce genre, l'hémorrhagie s'est suspendue presque immédiatement ; mais la chose la plus curieuse sans aucun doute, c'est que la tumeur se soit détachée par la seule présence du lien constricteur. Parmi les symptômes qui caractérisent cette affection, on retrouvait ici la présence d'une tumeur fongueuse fournissant par sa surface une exsudation sanguine, et l'impossibilité de porter un peu haut entre les lèvres du col et le collet de la tumeur un instrument mousse. Mais, contrairement à ce que disent les auteurs, cette tumeur était presque complétement insensible, ce qui montre quel peu de confiance on peut avoir à ce symptôme, considéré comme moyen d'établir un diagnostic entre les polypes et l'inversion de l'utérus.

---

47. *L'ozon considéré comme cause probable de certaines maladies* ; observations de M. Schoenbein ; communiquées par le professeur Ecker, à Bâle.

(Zeitschift fuer Rationnelle Medizin.)

Il y a quelques années que M. Schoenbein croit avoir démontré que la matière qui se dégage des pointes des conducteurs électriques, des conducteurs des piles galvaniques et du phosphore en contact avec l'air humide, est identique. Il l'a nommée *ozon*, à cause de son odeur pénétrante. Cette matière est non-seulement très-oxygénante et capable d'oxyder promptement l'argent à la température ordinaire, mais encore de produire sur les voies respiratoires, lors même qu'elles se trouvent très-étendues par l'air

atmosphérique, les mêmes phénomènes que produisent le chlore et le brome. L'ozon, de même que ces deux derniers, irrite la muqueuse des voies respiratoires et produit des affections catarrhales, même très-intenses. Comme il se forme continuellement des décharges électriques dans l'air atmosphérique, il y a un développement continuel d'ozon, qui est proportionnel à la quantité d'électricité dans l'air.

Il est très-facile de constater la présence de l'ozon dans l'air atmosphérique à l'aide de l'empois uni à l'iodure de potassium, qui bleuit sous l'influence de l'ozon et non sous l'influence de l'oxygène, de l'azote, de l'air atmosphérique pur et de l'acide carbonique, si l'iodure de potassium ne contient pas de l'iodate de potasse ou de peroxyde de potassium. Il suffit donc de suspendre dans l'air des feuilles de papier enduites d'un mélange d'empois et d'iodure de potassium, et ces feuilles prendront une couleur bleue avec d'autant plus de rapidité et d'intensité, que l'air atmosphérique contiendra plus d'ozon. Si dans une cloche remplie d'air pur, ou même mélangé avec une certaine quantité d'acide carbonique, on suspend une feuille de papier enduite d'empois et d'iodure de potassium, elle reste incolore pendant un temps indéfini; si par contre on expose ce papier à l'air libre et mobile, il devient dans un temps plus ou moins long bleu foncé si l'air est humide, et brun si l'air est sec. Dans des appartements bien clos, le papier ne devient bleu ou brun que très-lentement, parce que les couches d'air ne s'y rencontrent pas assez vite; il ne se colore pas du tout dans le voisinage de fosses d'aisances ou dans tout autre endroit où il y a dégagement de traces d'hydrogène sulfuré ou d'acide sulfureux qui détruisent immédiatement l'ozon. Par une observation de plusieurs années, M. Schoenbein s'est assuré que les papiers exposés à l'air libre deviennent d'un bleu foncé à certaines époques déjà au bout de quelques heures, tandis que, dans d'autres époques, il leur faut plusieurs jours pour arriver au même ton. En général, dans la saison froide et principalement lorsqu'il tombe de la neige, la coloration se fait plus vite que dans la saison chaude; pourtant il y a quelquefois, au milieu de l'été, des jours où le papier bleuit aussi promptement, surtout pendant les temps d'orage.

En partant du fait que l'ozon irrite les voies respiratoires, et de la circonstance que cette substance se développe le plus abondamment pendant l'hiver, M. Schoenbein a cru devoir attribuer les épidémies catarrhales observées pendant cette saison à la grande quantité d'ozon répandu dans l'air atmosphérique. Une expérience entreprise à Bâle, en société avec plusieurs médecins,

pendant plusieurs épidémies catarrhales très-intenses qui ont régné l'hiver dernier, a fait voir que la coloration du papier était en rapport avec l'augmentation ou la diminution des épidémies.

Les expériences faites par M. Schoenbein sont faciles à vérifier, et comme elles ont été répétées pendant plusieurs épidémies par des médecins praticiens, il ne nous reste guère de doute sur les faits en eux-mêmes ; mais devons-nous les attribuer uniquement à l'action de l'ozon, corps non encore étudié ? L'avenir nous l'apprendra ; rappelons seulement que, dans les orages et dans les expériences électriques et galvaniques, il se forme des vapeurs d'acide nitrique aux dépens de l'air atmosphérique, et que des papiers enduits d'empois et d'iodure de potassium, que nous avons exposés à l'air atmosphérique chargé d'acide nitrique, se sont immédiatement colorés en bleu.

Un autre fait indiqué par M. Schoenbein, qui serait très-intéressant à vérifier, ce serait de savoir si les individus qui demeurent dans des endroits voisins de sources sulfureuses, ou bien aussi les ouvriers qui travaillent des métaux où il se dégage de l'acide sulfureux, sont moins exposés que d'autres aux épidémies catarrhales.

---

48. *Moyen pour enlever les taches produites sur le linge par le nitrate d'argent;* par M. Herapath.

(The Lancet.)

Nous ne ferons que reproduire en deux mots les précautions indiquées par l'auteur pour assurer le succès de ce moyen, qui n'échoue souvent que faute de soins convenables.

Étendez le linge taché au-dessus d'un vase rempli d'eau chaude. Quand il est bien pénétré par la vapeur, laissez tomber sur chaque tache quelques gouttes de teinture d'iode. Versez immédiatement une quantité suffisante de solution d'hyposulfite de soude pour dissoudre l'iodure d'argent produit. Plongez alors le linge dans l'eau pour débarrasser le tissu à la fois de la tache et des réactifs chimiques employés.

Une dissolution de 4 grammes d'hyposulfite de soude cristallisé dans 60 grammes d'eau réalise les conditions nécessaires de concentration pour atteindre le but qu'on se propose.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 186e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME II. — FÉVRIER 1848.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Observation anatomico-pathologique d'une tumeur abdominale simulant une grossesse; par le docteur *Dejaeghere*. 81
Observation recueillie par le docteur *Van Hoeter*. 83
Nouvelles recherches expérimentales sur le mode de développement, sur l'action et sur les principes actifs de l'ergot des graminées; en réponse aux questions du programme de M. le professeur *Jean-Baptiste Mazzoni*. Essai couronné, au jugement d'une commission spéciale, par le cinquième Congrès scientifique italien, tenu à Lucques; par *Louis Parola*. 84
Rapports semestriels des hôpitaux et infirmeries. 96
Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant les mois d'octobre, de novembre et décembre 1847. 110-134-154

Séances des 27 *novembre* et 30 *décembre* 1847.

Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. 111-135
Mélanges. — Note sur une propriété de la gutta-percha; par le docteur *Jacobs*. 155
Le chloroforme doit-il être préféré à l'éther? 155

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. Traitement de l'épilepsie; par M. *Delasiauve*. (*Suite*.) 1
2. Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne; par M. le professeur *Bouillaud*. (*Suite*.) 11
27. Sur la relation de ces deux maladies; rhumatisme et chorée; par le docteur *J. Begbie*. 235
28. Sur un signe physique de la pneumonie du sommet; par *W. Bolling*. 237
29. Menstruation supplémentaire par un ulcère de la mamelle droite; par le docteur *Baker*. 239
30. Remarques sur la nature parasitique ou végétale du muguet; par le docteur *Fr.-Th. Berg*. 241
31. Sur l'apoplexie rachidienne; par le docteur *A. Peddie*. 243
32. Observation d'inflammation du médiastin; par le docteur *C. Pfeufer*. 246
41. Observation de sialorrhée; par le docteur *R.-M. Glovre*. 261
THÉRAPEUTIQUE. — 3. Note sur l'emploi thérapeutique du calomel; par M. le docteur *Higgins*. 21
4. Lettre à M. Bretonneau sur les aphthes de la partie inférieure du gros intestin, vulgairement dits fissures; par M. *Miquel*. 27
5. Sur l'exercice musculaire considéré comme agent thérapeutique; par M. *V. Trinquier*. 40
33. De l'asparagine dans les maladies du cœur; observation du professeur *Zigarelli*. 249

34. Sur l'emploi des fumées de datura stramonium dans le traitement de quelques affections des organes respiratoires ; par le docteur *G. Namias.* 251
35. Sur le mode d'action de quelques substances médicamenteuses et en particulier des trois suivantes : Strychnine, morphine, acide hydrocyanique ; par les docteurs *A. Restelli* et *G. Strambio.* 252
36. Danse de Saint-Guy guérie par le camphre; par le docteur *Antonio Zappoli.* 254
37. Trois cas de tétanos traumatiques terminés par la guérison. 255

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 6. Le ralentissement du travail dans un accouchement naturel est-il un motif suffisant pour autoriser l'administration du seigle ergoté ? par le docteur *Géry.* 47
7. Évolution spontanée du fœtus ; par M. *Boureau.* 51
8. Emploi du chloroforme dans deux accouchements terminés par le forceps ; par MM. les docteurs *Bossion* et *Lebreton.* 53
38. Sur la conduite à suivre dans le cas de présentation du placenta ; par le docteur *J.-Y. Simpson.* 256
MALADIES DES ENFANTS. — 9. De l'éclampsie ou affection convulsive chez les enfants ; par M. le docteur *Dechaut.* 56
10. Mémoire sur deux cas nouveaux de sclérème (chorionitis, sclérodermie, etc.) observés dans la seconde enfance et dans l'âge adulte; par le docteur *Rilliet* 76
39. Sur la saignée de la veine jugulaire dans les maladies des enfants ; par le docteur *Chas.-C. Hildreth.* 258

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 11. Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire ; par *L. Gosselin.* 88
12. Remarques sur le diagnostic des fractures incomplètes des os, avec une nouvelle observation de cette espèce de fracture ; par *T. Debrou.* 101
13. De la luxation interphalangienne du pouce ; par *T.* 112
14. Adénite phlegmoneuse du jarret. Diagnostic différentiel. 116
15. Luxation de l'articulation coxo-fémorale (sus-pubienne ;) par M. *F. Dupont.* 120
16. Plaies par armes à feu. Classification. Question des amputations immédiates ou secondaires. 124
40. Du varicocèle interne, et de son traitement. 259
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 17. Observation de ligature de l'artère carotide primitive, pour une tumeur anévrysmale de la région temporale ; par M. *Barrier.* 130
18. Fracture de la rotule. Emploi de la griffe. 135
19. Fissure à l'anus. Dilatation forcée. Procédé de M. Récamier. Emploi du chloroforme ; par M. *F. Dupont.* 137
20. Contracture des muscles des jambes, des pieds et des orteils, due très-probablement à une affection rhumatismale. Difformité consécutive de ces parties. Traitement par la ténotomie et les appareils orthopédiques. Guérison. 139
21. Note sur la saignée; par le docteur *Lucien Papillaud.* 144
42. Cas d'ischurie ; boutonnière; par le docteur *Bazzoni.* 262
43. Pseudarthrose guérie au moyen de la méthode de Celse; par le professeur *Carlo Biagini.* 263
44. Nouvelle méthode de résection des os; par le chevalier *Bernardino Larghi.* 264
OPHTHALMOLOGIE. — 22. Note sur la tumeur lacrymale vénérienne ; par le docteur *Tavignot.* 150

23. Quelques considérations sur les variétés de la cataracte. Opération par extraction. 157

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. — 24. Quelques observations nouvelles sur l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie ; mémoire lu à l'Académie des sciences, le 14 février 1848 ; par M. *A. Brierre de Boismont*. 160

XII. GÉNÉRALITÉS.

25. De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules ; par *A. Legrand*. 165
26. Études sur les virus ; par *Jean Hameau. (Suite.)* 185

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 31 janvier, 7, 14, 21 février, 6 et 12 mars.) — Traitement de la fièvre intermittente par les douches froides. 209. — Indications respectives du chloroforme et de l'éther. 210. — Influence du chloroforme et de l'éther sur la température animale. 211. — Composition du sang dans le scorbut. 214. — Traitement de la phthisie pulmonaire par le chlore gazeux. — Régénération des tissus dans l'homme et les animaux. 215. — Procédé opératoire pour réduire immédiatement en poudre les pierres de la vessie, sans faire de recherches ni de mouvements. 217. — Etudes sur la voix ; voix inspiratoire. — Nouvelle plante alimentaire. 218. — Proprieté-stupéfiante de l'aldéhyde. 220.

ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séances des 1er, 8, 15, 22 et 29 février, 7 et 14 mars.) — Vente et conservation des sangsues. 221-223. — Esthiomène ou dartre rongeante de la région ano-vulvaire. 224. — Savon médicamenteux. 225.—Emploi de la glace comme moyen d'arrêter les hémorrhagies des cavités séreuses. — Sur les luxations du pied considérées en général, et sur une nouvelle espèce de luxation externe du pied par luxation en dehors. 227. — Siége de la parole. 231. — Mode nouveau de préparation du copahu. 234.

MÉLANGES.

45. Empoisonnement par le vert de Schéele (arséniate de cuivre), guéri à l'aide de la méthode italienne ; par le docteur *Linoli*. 266
46. Quatre observations d'inversion de l'utérus, dont trois traitées avec succès par la ligature ; par les docteurs *A.-H. M'Clintoch, Michalomski* et *Green Crosse*. 267
47. L'ozon considéré comme cause probable de certaines maladies ; observations de M. *Schœnbein* ; communiquées par le professeur *Ecker*. 272
48. Moyen pour enlever les taches produites sur le linge par le nitrate d'argent ; par M. *Herapath*. 274

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 186e VOLUME.

9e SÉRIE, TOME II. — FÉVRIER 1848.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (janvier 1848).

Delasiauve. Traitement de l'épilepsie. 1

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (janvier 1848).

Gosselin (L.). Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire. 88
Debrou (T.). Remarques sur le diagnostic des fractures incomplètes des os, avec une nouvelle observation de cette espèce de fracture. 101

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 1, 6, 7, 10, 13, 17, 25, 27; 1848).

Adénite phlegmoneuse du jarret. Diagnostic différentiel. 116
Dupont (F.). Luxation de l'articulation coxo-fémorale (sus-pubienne). 120
Plaies par armes à feu. Classification. Question des amputations immédiates ou secondaires. 124
Fracture de la rotule. Emploi de la griffe. 135
Dupont F. Fissure à l'anus. Dilatation forcée. Procédé de M. Récamier. Emploi du chloroforme. 137
Contracture des muscles des jambes, des pieds et des orteils, due très-probablement à une affection rhumatismale. Difformité consécutive de ces parties. Traitement par la ténotomie et les appareils orthopédiques. Guérison. 139
Papillaud (Lucien). Note sur la saignée. 144
Quelques considérations sur les variétés de la cataracte. Opération par extraction. 157

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (No 13; 1848).

Brierre de Boismont (A.). Quelques observations nouvelles sur l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie. 160

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE TOULOUSE (octobre et novembre 1847.)

Dechaut. De l'éclampsie ou affection convulsive chez les enfants. 56

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (décembre 1847; janvier 1848).

Higgins. Note sur l'emploi thérapeutique du calomel. 21
Géry. Le ralentissement du travail dans un accouchement naturel est-il un motif suffisant pour autoriser l'administration du seigle ergoté? 47
Boureau. Évolution spontanée du fœtus. 51

Bossion et *Lebreton*. Emploi du chloroforme dans deux accouchements terminés par le forceps. 53

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (janvier et mars 1848).

T. De la luxation interphalangienne du pouce. 112
Tavignot. Note sur la tumeur lacrymale vénérienne. 150

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (janvier 1848).

Barrier. Observation de ligature de l'artère carotide primitive, pour une tumeur anévrysmale de la région temporale. 130

REVUE MÉDCALE (novembre et décembre 1847; janvier 1848).

Legrand (A.). De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. 165
Hameau (Jean). Études sur les virus. 185

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (décembre 1847; janvier 1848).

Bouillaud. Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne. 11
Miquel. Lettre à M. Bretonneau sur les aphthes de la partie inférieure du gros intestin, vulgairnment dits fissures. 27
Trinquier. Sur l'exercice musculaire considéré comme agent thérapeutique. 40
Rilliet. Mémoire sur deux cas nouveaux de sclérème (chorionitis, sclérodermie, etc.) observés dans la seconde enfance et dans l'âge adulte. 76

JOURNAUX ANGLAIS.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MED. SCIENCE.

Bolling (W.) Sur un signe physique de la pneumonie du sommet. 237
Hildreth (Chas.-C.). Sur la saignée de la veine jugulaire dans les maladies des enfants. 258

DUBLIN JOURNAL.

M'Clintoch (A.-H.). *Michalomski* et *Green Crosse*. Quatre observations d'inversion de l'utérus, dont trois traitées avec succès par la ligature. 267

THE LANCET.

Simpson (J.-Y.). Sur la conduite à suivre dans le cas de présentation du placenta. 256
Herapath. Moyen pour enlever les taches produites sur le linge par le nitrate d'argent. 274

LONDON MED. GAZETTE.

Glovre (R.-M.) Observation de sialorrhée. 261

MONTHLY JOURNAL OF MED. SCIENCE.

Begbie (J.) Sur la relation de ces deux maladies; rhumatisme et chorée. 235
Peddie. (A.). Sur l'apoplexie rachidienne. 243

THE SOUTHERN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Baker. Menstruation supplémentaire par un ulcère de la mamelle droite. 239
Trois cas de tétanos traumatique terminés par la guérison. 255

JOURNAUX ALLEMANDS.

ARCHIV FUER PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Pfeufer (C.). Observation d'inflammation du médiastin. 246

JOURNAL FUER DIE KINDERKRANKHEITEN.

Berg (Fr.-Th.) Remarques sur la nature parasitique ou végétale du muguet. 241

ZEITSCHRIFT FUER RATIONELLE MEDICIN.

Du varicocèle interne, et de son traitement. 259
Schœnbein. L'ozon considéré comme cause probable de certaines maladies. 272

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MED.

Linoli. Empoisonnement par le vert de Schéele (arséniate de cuivre), guéri à l'aide de la méthode italienne. 266

BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Zappoli (Antonio). Danse de Saint-Guy, guérie par le camphre. 254

GIORNALE DELLE SCIENCE MED. DI TORINO.

Larghi (Bernardino). Nouvelle méthode de résection des os. 264

GAZZETTA MEDICA DI MILANO.

Restelli (A.) et *Strambio* (G.). Sur le mode d'action de quelques substances médicamenteuses et en particulier des trois suivantes : Strychnine, morphine, acide hydrocyanique. 252
Bazzoni. Cas d'ischurie; boutonnière. 262
Biagini (Carlo). Pseudarthrose guérie au moyen de la méthode de Celse. 263

GIORNALE DEGLI PROGRESSI DELLA PATOL.

Namias (G.). Sur l'emploi des fumées de datura stramonium dans le traitement de quelques affections des organes respiratoires. 251

IL SEVERINO.

Zigarelli. De l'asparagine dans les maladies du cœur. 249